

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1958

THÈSE

327  
No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

( Diplômé d'État )

PAR

**Roger MARCAULERY**

né le 26 Août 1928 à TOULON (Var)

---

*Présentée et soutenue publiquement le*

1958

---

**Traitement des abcès amibiens du foie  
par aspiration discontinue  
et injections médicamenteuses "In Situ"**

---

*Président : M. H. REDON, Professeur.*

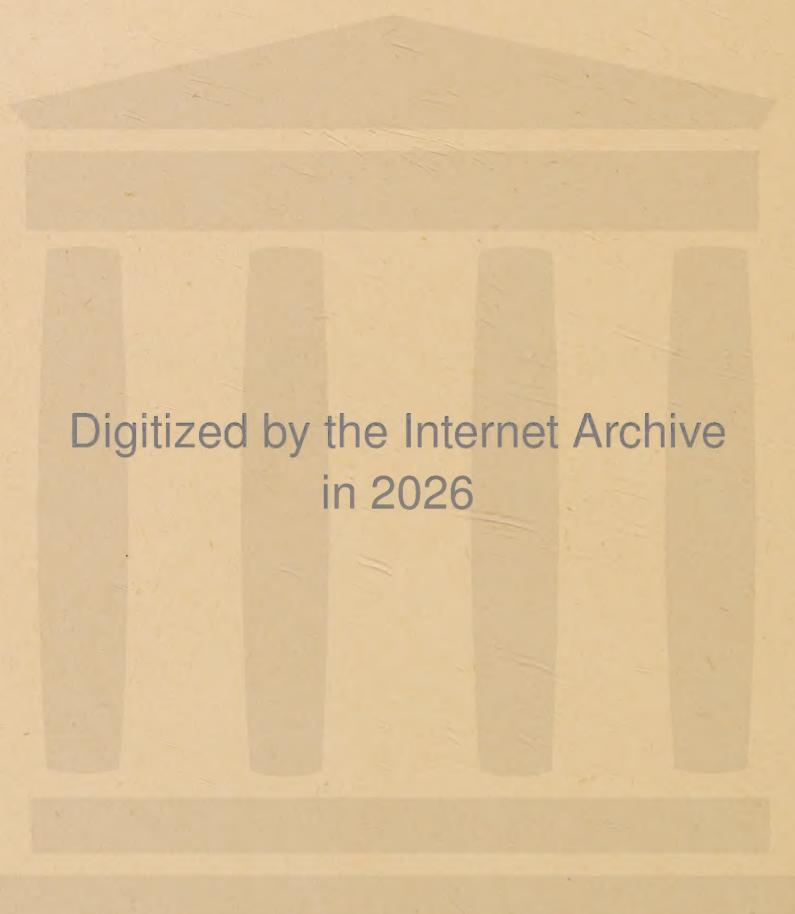
---

Editions LECONTE  
98, Cours Lieutaud  
MARSEILLE  
1 9 5 8



**Traitement des abcés amibiens du foie  
par aspiration discontinue  
et injections médicamenteuses “In Situ”**

---



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1958

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

( Diplômé d'État )

PAR

**Roger MARCAULERY**

né le 26 Août 1928 à TOULON (Var)

---

*Présentée et soutenue publiquement le*

1958

---

**Traitement des abcès amibiens du foie  
par aspiration discontinue  
et injections médicamenteuses "In Situ"**

---

*Président : M. H. REDON, Professeur.*



Editions LECONTE

98, Cours Lieutaud

MARSEILLE

1 9 5 8

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Carnot (P.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevassu (M.), Debré (R.), Delbet (P.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaitre (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié (Ch.), Sézary (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN . . . . . Léon BINET,  
Membre de l'Institut

ASSESEUR . . . . . Jean VERNE.

## I. — PROFESSEURS

### MM.

|                                                                                    |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Anatomie . . . . .                                                                 | CORDIER (G.)               |
| Anatomie pathologique . . . . .                                                    | DELARUE (A.)               |
| Bactériologie . . . . .                                                            | FASQUELLE (R.)             |
| Biochimie médicale . . . . .                                                       | JAYLE (M. F.)              |
| Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports . . . . .                  | CHAILLEY-BERT (P.)         |
| Biologie médicale . . . . .                                                        | FAUVERT (R.)               |
| Cancérologie médicale et sociale . . . . .                                         | BERNARD (J.)               |
| Clinique de cardiologie . . . . .                                                  | MOUQUIN (M.)               |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                                                  | SICARD (A.)                |
| Beaujon . . . . .                                                                  | COCHIN . . . . .           |
| Cochin . . . . .                                                                   | QUENU (J.)                 |
| Hôtel-Dieu . . . . .                                                               | MENEGAUX (G.)              |
| (Salpêtrière) . . . . .                                                            | MOULONGUET (P.)            |
| Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique . . . . .                        | MERLE D'AUBIGNE (R.)       |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire . . . . .                                  | de GAUDART-D'ALLAINES (F.) |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédie . . . . .                            | FEVRE (M.)                 |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire . . . . .                                  | MONOD (R.)                 |
| Clinique gynécologique . . . . .                                                   | FUNCK-BRENTANO (P.)        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .                          | DEGOS (R.)                 |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                                        | CATHALA (J.)               |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                                       | MOLLARET (P.)              |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale . . . . .                         | DELAY (J.)                 |
| Clinique des maladies métaboliques . . . . .                                       | HAMBURGER (J.)             |
| Clinique des maladies du sang . . . . .                                            | CHEVALLIER (P.)            |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                                 | ALAJOUANINE (T.)           |
| Cliniques médicales . . . . .                                                      | JUSTIN-BESANÇON (L.)       |
| Bichat . . . . .                                                                   | DE GENNES (L.)             |
| Broussais . . . . .                                                                | MOREAU (R.)                |
| Cochin . . . . .                                                                   | BARIETY (M.)               |
| Hôtel-Dieu . . . . .                                                               | DEBRAY (C.)                |
| Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique . . . . .                     | PASTEUR VALLERY-RADOT (L.) |
| Clinique médicale propédeutique . . . . .                                          |                            |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition . . . . . | BOULIN (R.)                |
| Clinique de neuro-chirurgie . . . . .                                              | PETIT-DUTAILLIS (D.)       |
| Cliniques obstétricales . . . . .                                                  | Baudelocque . . . . .      |
| Port-Royal . . . . .                                                               | LACOMME (M.)               |
| Clinique d'obstétrique et de gynécologie . . . . .                                 | VARANGOT (J.)              |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                                 | LANTUEJOUL (P.)            |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                                        | RENARD (G.)                |
| Clinique de pneumo-phthisiologie . . . . .                                         | AUBIN (A.)                 |
| Clinique psychiatrique infantile . . . . .                                         | BERNARD (E.)               |
| Clinique de puériculture . . . . .                                                 | HEUYER (C.)                |
| Clinique rhumatologique médicale et sociale . . . . .                              | LELONG (M.)                |
| Clinique stomatologique . . . . .                                                  | COSTE (F.)                 |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                                      | DECHAUME (M.)              |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                                          | SENEQUE (J.)               |
| Clinique urologique . . . . .                                                      | LEMAIRE (A.)               |
| Embryologie . . . . .                                                              | FEY (B.)                   |
| Génétique médicale . . . . .                                                       | GIROUD (A.)                |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                               | LAMY (M.)                  |
| Histologie . . . . .                                                               | SOULIE (P.)                |
|                                                                                    | VERNE (J.)                 |

|                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                                  |  |
| Hygiène et médecine préventive .....                                              |  |
| Médecine légale .....                                                             |  |
| Médecine du Travail .....                                                         |  |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                                |  |
| Pathologie chirurgicale .....                                                     |  |
| Pathologie exotique .....                                                         |  |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                                        |  |
| Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel) ..... |  |
| Pathologie médicale .....                                                         |  |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                                       |  |
| Pédiatrie sociale .....                                                           |  |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                           |  |
| Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel) .....                          |  |
| Physiologie .....                                                                 |  |
| Physique médicale .....                                                           |  |
| Radiologie médicale .....                                                         |  |
| Technique chirurgicale .....                                                      |  |
| Thérapeutique .....                                                               |  |

## MM.

|                  |
|------------------|
| TURPIN (R.)      |
| JOANNON (C.)     |
| PIEDELIEVRE (R.) |
| DESOLLE (H.)     |
| GALLIARD (H.)    |
| COUVELAIRE (R.)  |
| LAVIER (G.)      |
| LENEGRE (J.)     |
| MERKLEN (F.)     |
| DECOURT (J.)     |
| GARCIN (J.)      |
| MARIE (J.)       |
| HAZARD (R.)      |
| DOGNON (A.)      |
| BINET (L.)       |
| STROHL (A.)      |
| DESGREZ (H.)     |
| PATEL (J.)       |
| BROUET (G.)      |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

### MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

|                         |                                       |
|-------------------------|---------------------------------------|
|                         | MM.                                   |
| Anatomie .. ..          | Delmas (A.), pr s. ch.                |
|                         | CABROL (C.)                           |
|                         | DEBEYRE (J.)                          |
|                         | OLIVIER (G.)                          |
| Anatomie pathologique   | GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. |
|                         | BUSSER (F.)                           |
|                         | GOUYGOU (Ch.)                         |
| Bactériologie ..        | NEVOT (A.) pr. s. ch.                 |
|                         | CHRISTOL (D.)                         |
| Biochimie médicale ..   | Ettori (J.), pr. s. ch.               |
|                         | DESGREZ (P.)                          |
|                         | POLONOVSKI (J.)                       |
|                         | SCHAPIRA (R.)                         |
| Biologie médicale ..    | BOURLIERE (F.)                        |
| Dermato-Syphiligraphie  | DUPERRAT (F.)                         |
| Embryologie ..          | Tuchmann-Duplessis H                  |
| Histologie .. ..        | COUJARD (R.)                          |
|                         | N...                                  |
|                         | N...                                  |
| Hydrologie .. ..        | CORNET (A.)                           |
| Hygiène .. ..           | Boyer (J.), pr. s. ch.                |
|                         | Deparis (M.), pr. s. ch.              |
| Maladies infectieuses.. | BASTIN (R.)                           |
| Médecine légale         | Derobert (L.), pr. s. ch.             |
|                         | GAULTIER (M.)                         |
|                         | HADENGUE (A.)                         |
| Médecine du travail.    | ALBAHARY (C.)                         |
| Neuro-chirurgie         | DAVID (M.)                            |
| Neurologie.. ..         | LHERMITTE (F.)                        |
| Obstétrique ..          | GRASSET (J.)                          |
|                         | LE LORIER (G.)                        |
|                         | LEPAGE (F.)                           |
|                         | MERGIER (R.)                          |
|                         | MORIN (P.)                            |
|                         | RAVINA (J.)                           |
|                         | ROBEY (M.)                            |
| Ophtalmologie..         | BREGEAT (P.)                          |
|                         | DESVIGNES (P.)                        |

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
|                           | MM.               |
| Orthopédie.. ..           | JUDET (R.)        |
| Oto-rhino-laryngologie.   | AUBRY (M.)        |
|                           | MADURO (R.)       |
| Parasitologie ..          | BRUMPT (L.C.)     |
|                           | CHABAUD (A.)      |
| Pathologie chirurgicale.  | ABOULKER (P.)     |
|                           | BARCAT (J.)       |
|                           | BAUMANN (J.)      |
|                           | CAUCHOIX (J.)     |
| Pathologie chirurgicale.  | DUBOST (C.)       |
|                           | FAUREL (J.)       |
|                           | FLABEAU (F.)      |
|                           | GERMAIN (A.)      |
|                           | GOSSET (J.)       |
|                           | LAURENCE (G.)     |
|                           | Lortat-Jacob (J.) |
|                           | MATHEY (J.)       |
|                           | OLIVIER (Cl.)     |
|                           | POILLEUX (F.)     |
|                           | THOMERET (G.)     |
|                           | VERNE (J. M.)     |
| Pathologie expérimentale. | LEPER (J.)        |
|                           | MAURICE (P.)      |
| Pathologie médicale ..    | BOUDIN (G.)       |
|                           | BOUVIER (J. B.)   |
|                           | BRICAIRE (H.)     |
|                           | BRISAUD (H.)      |
|                           | CASTAIGNE (P.)    |
|                           | CONTE (M.)        |
|                           | DEROT (M.)        |
|                           | DOMART (A.)       |
|                           | LAMOTTE (M.)      |
|                           | LAROCHE (C. P.)   |
|                           | MACREZ (Cl.)      |
|                           | MILLIEZ (P.)      |
|                           | PEQUIGNOT (H.)    |
|                           | PERRAULT (M.)     |
|                           | RAMBERT (P.)      |
|                           | ROYER (P.)        |
|                           | THIEFFRY (St.)    |
|                           | TURIAF (J.)       |
|                           | WOLFROMM (R.)     |
|                           | N...              |

|                         |                                                                     |                             |                                            |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|
| Pédiatrie . . .         | JOSEPH (R.)<br>Mozziconacci (P.)<br>POLONOVSKY (Cl.) °              | Pneumo-<br>Phtisiologie.    | KREIS (B.)                                 |
| Pharmacologie.          | Cheymol (J.), pr. s. ch.<br>Lévy (Mlle J.) pr. s. ch.               | Psychiatrie..               | PICHOT (P.)                                |
| Physiologie . . .       | Barjeton (D.) pr. s. ch.<br>Parrot (J.), pr. s. ch.<br>DEJOURS (P.) | Psychiatrie<br>infantile .. | MICHAUX (L.)                               |
| Physique<br>médicale .. | Djourno (A.), pr. s. ch.<br>GOUGEROT (L.)                           | Rhumatologie .              | DELBARRE (F.)                              |
|                         |                                                                     | Stomatologie ..             | CERNEA (P.)<br>CHAPUT (M <sup>me</sup> A.) |
|                         |                                                                     | Thérapeutique.              | CHASSAGNE (P.)                             |
|                         |                                                                     | Urologie. . . .             | KUSS (R.)                                  |

**III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES**  
**CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE**  
à titre permanent

|                           | MM.                                                                            |                           | MM.          |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|
| Clinique<br>chirurgicale. | AMELINE (A.)<br>HUGUIER (J.)<br>LEGER (L.)<br>PADOVANI (P.)<br>ROUX (M.)       | Clinique<br>neurologique  | DE SEZE (S.) |
|                           |                                                                                | Clinique<br>obstétricale  | MAYER (M.)   |
|                           |                                                                                | Clinique<br>ophtalmolog.  | OFFRET (G.)  |
| Clinique<br>médicale ..   | DREYFUS (Gilbert)<br>Haguenau (J.) pr s. ch.<br>KOURILSKY (R.)<br>MARCHAL (G.) | Clinique<br>pédiatrique   | LAPLANE (R.) |
|                           |                                                                                | Clinique<br>psychiatrique | BARUK (H.)   |

Secrétaire général de la Faculté . . . M. MOKEL (J.)  
Secrétaire . . . . . M<sup>lle</sup> CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction. M. le Docteur HAHN (A.)  
Conservateur . . . . . M<sup>lle</sup> GOICHON (A.)  
Bibliothécaires . . . . . M<sup>lles</sup> DUMAITRE (P.),  
LAURENT (H.),  
LE NOIR (G.),  
QUIEVREUX (E.)

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

#### A MA MERE

Nous lui devons tout. En témoignage de notre immense gratitude et de notre profonde affection.

#### A MA FEMME

Que ce travail soit le gage de notre amour et de notre profond attachement.

#### A MES ENFANTS

#### A MONSIEUR PAUL VIRMAUD

Avec notre reconnaissance très affectueuse pour l'aide matérielle et morale qu'il nous a apportée sans réserve au cours de nos études.

#### A MES PARENTS

#### A MES BEAUX-PARENTS

#### A MES AMIS.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. REDON

qui nous a fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette Thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profond respect.

A MES JUGES

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. PAYET

*Directeur de l'Ecole Nationale de Médecine de Dakar*

*Professeur de Clinique Médicale*

*Officier d'Académie*

*Chevalier de la Santé Publique*

En le remerciant de l'accueil qu'il nous a accordé dans son service et de son lumineux enseignement clinique, qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. M. L. SOHIER

*Professeur à l'Ecole Nationale de Médecine de Dakar*

*Associé National de l'Académie de Chirurgie*

*Membre du Collège International des Chirurgiens*

*Ex Professeur Agrégé du Corps de Santé d'Outre-Mer*

*Chirurgien des Hôpitaux Coloniaux*

*Chevalier de la Légion d'Honneur*

*Officier d'Académie*

*Chevalier de la Santé Publique*

qui, après nous avoir prodigué comme étudiant son enseignement anatomique, nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous a guidé de ses conseils et de son aide dans sa réalisation.

Nous lui exprimons ici notre reconnaissance pour l'intérêt bienveillant dont il a fait preuve à notre égard.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. ALBOT

Nous avons eu le privilège de recueillir son précieux Enseignement.  
Qu'il trouve ici toute notre respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. MONGES

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour son remarquable enseignement.

C'est pour nous un agréable devoir de lui exprimer ici toute notre gratitude.

## INTRODUCTION

*L'abcès amibien du foie est une complication de la dysenterie amibienne qui a débordé, semble-t-il, ces dernières années, les limites des territoires d'Outre-Mer. Cette variété de suppuration hépatique se rencontre en Europe d'une façon de plus en plus fréquente, soit qu'il s'agisse de complication d'une amibiase autochtone ou soit qu'il s'agisse, comme cela est plus fréquent, étant donné la rapidité des moyens de communication, de malades dysentériques connus ou ignorés, dont l'abcès du foie se constitue au cours d'un séjour dans la Métropole.*

*Au milieu de nombreux moyens de diagnostiquer cette collection suppurée, la ponction du foie reste le plus sûr moyen pour affirmer et conclure le diagnostic.*

*Certains ont pensé que l'intérêt diagnostique de la ponction n'était pas isolé et que cette manœuvre pouvait parfaitement être aussi utilisée à des fins de traitement. La répétition des ponctions peut être remplacée par la mise en place de tubes en matière plastique, permettant de continuer le traitement ambulatoire de cette affection, en cessant d'être offensant pour le parenchyme hépatique et désagréable pour le malade.*

*Ce travail qui nous fut, en grande partie, inspiré par les travaux du Professeur Sohier, a pour but de démontrer ce qui précède.*



# HISTORIQUE

## I. - PONCTION ET DIAGNOSTIC DES ABCES DU FOIE

La ponction du foie a été longtemps considérée comme le terme ultime des suppurations hépatiques. « On ne peut affirmer qu'un individu est réellement porteur d'un abcès du foie si on ne fait pas une ponction exploratrice révélant la présence du pus » (Lecène).

Plus récemment, de nouveaux moyens d'exploration sont venus s'ajouter à ce dernier, parmi lesquels il faut citer :

- LES EXAMENS RADIOGRAPHIQUES réalisés seuls ou associés à l'hépatographie ou à la création d'un pneumo-péritoine :

On a justement critiqué l'hépatographie au thoraxstrast comme un procédé trop toxique.

On a également critiqué le pneumo-péritoine, considérant que cette méthode peut être dangereuse dans le cas d'abcès superficiel (risque de décollement d'adhérences et de rupture).

- LA SPLÉNOPORTOGRAPHIE ou méthode d'Abéatici et Campi, surtout réalisée dans sa variété transpariétale donne de saisissantes images de la circulation veineuse intra-hépatique. L'abcès se traduit par une lacune dans l'ombre opacifiée du foie. Ce nouveau moyen de contraste permettrait donc non seulement de diagnostiquer l'abcès, mais encore de le localiser.

Certains auteurs algériens (Cl. Boulard et H. Piétri) considèrent la splénoportographie transpariétale (S. P. T.) comme le moyen le plus efficace de diagnostiquer à coup sûr l'abcès du foie, et donnent deux ordres de signes radiographiques :

a) au temps vasculaire : une amputation de la ramure portant sur un territoire plus ou moins étendu ;

b) au temps d'hépatographie : l'image plus typique de la lacune, en général de forme arrondie et qui fait contraste avec les territoires voisins bien opacifiés.

Enfin, citons, pour mémoire, dans le diagnostic des abcès, la cholangiographie par voie veineuse et la laparo-

scopie ; cette dernière méthode semblant plus particulièrement intéressante dans le diagnostic différentiel de l'abcès du foie et du cancer métastatique à forme fébrile. L'image typique « en tache de bougie » que donne la péritonéoscopie affirme le diagnostic de cancer.

Parallèlement, d'autres auteurs — en général de culture anglo-saxonne — considérèrent que la ponction du foie accompagnée de l'aspiration du contenu de l'abcès, pouvait constituer une méthode de traitement.

C'est ainsi qu'en Angleterre, aux Indes, en Afrique du Nord, à Cuba... etc., la plupart des praticiens considèrent la ponction de l'abcès comme sa thérapeutique usuelle et décrivent cette méthode sous le nom d'ASPIRATION, en l'opposant à l'HÉPATOTOMIE décrite sous le nom de « Open Opération ». Pour la plupart de ces auteurs, cette Ponction-Aspiration s'accompagne de l'injection de substances médicamenteuses dans la cavité de l'abcès : Emétine selon la méthode de Rogers, ou Nivaquine selon la méthode de Basnuévo à Cuba.

Signalons enfin aux extrêmes de ces deux tendances :

1° - La technique préconisée par certains auteurs (André, Comet, Chippeaux, Martin, Delétraz, Champeau) qui, considérant la ponction comme dangereuse, préconisent l'emploi d'une large voie d'abord sur le foie, sa palpation (précédée ou non des renseignements fournis par la splénoportographie transpariétale) et le traitement à « ventre ouvert » de la cavité de l'abcès. Cette méthode semble intéressante en cas d'abcès multiples... mais comment les prévoir ? ! !

2° - La technique utilisée par certains auteurs américains, qui associent la ponction-aspiration du contenu de l'abcès à des lavages répétés de la cavité de celui-ci.

3° - La technique préconisée par certains auteurs à tendance médicale (Blanc), qui se contentent de recourir au traitement médical spécifique « en le créditant d'une valeur de thérapeutique qu'il ne possède point » (Blanc), mais en le contrôlant par la mesure quotidienne de la vitesse de sédimentation. Si la vitesse de sédimentation retourne à la normale, on en peut déduire comme diagnostic une hépatite présuppurative des classiques. L'absence de retour à la normale traduirait l'existence d'un abcès collecté généralement profond.

Pourquoi cette différence de conception, qui fait accepter par certains la ponction hépatique comme un moyen de traitement, et par d'autres comme un geste ultime, mais prudent et intricable de diagnostic ?

La réponse à cette interrogation semble être contenue

dans la réponse à cette question : *La ponction du foie est-elle dangereuse ?* Il y sera répondu au chapitre suivant.

## II. - PONCTION ET TRAITEMENT DES ABCES DU FOIE

A l'intérêt diagnostique de la ponction hépatique s'ajouta à la longue une notion d'intérêt thérapeutique, et de nombreux auteurs pensèrent que la ponction, en même temps qu'elle terminait le diagnostic de l'hépatite suppurée, pouvait en commencer le traitement. C'est alors que les conceptions divergèrent considérablement selon le pays d'origine des praticiens.

En France et en général dans les pays latins, la plupart des auteurs — à tendances plutôt chirurgicales — considéraient que l'hépatotomie représentait le seul traitement des abcès tropicaux du foie, « l'aiguille de ponction servant de guide au bistouri ». Comme la ponction, moyen d'investigation, n'était pas considérée comme exempte de danger, une règle fut établie, se résumant ainsi : « La ponction doit être réalisée dans la salle d'opération et suivie d'intervention immédiate ». Cette façon de procéder, conséquence des travaux de Fontan, résume à peu près la ligne de conduite de la plus grande partie des médecins ayant à traiter des abcès amibiens du foie.

En un mot, *la ponction du foie est-elle dangereuse ?*

Il semble que cette manœuvre ne doive pas être considérée comme téméraire à notre époque où beaucoup d'Hépatologues l'emploient comme une méthode normale et courante d'exploration fonctionnelle du foie et parfois comme un moyen de différencier certains états cirrhotiques ou néoplasiques. Toutefois, on ne peut méconnaître l'opinion prudente que certains auteurs professaient il y a une vingtaine d'années : « La ponction du foie, peu dangereuse en cas de pus collecté dans un parenchyme sain, le devient dans les cas d'insuffisance de la glande hépatique » (Patrick-Manson, Huard et Toullec). La plupart des accidents décrits semblent devoir être évités si cette manœuvre est réalisée avec une bonne technique et de bonnes indications.

Trois accidents principaux sont relevés par les auteurs, mettant en garde contre les dangers de la PONCTION.

*Les accidents hémorragiques.* — L'étude des temps de saignement et de coagulation et l'usage de la vitamine K et autres substances coagulantes semblent les rendre rares.

*Les accidents infectieux.* — L'apport exogène de pyogènes ne doit pas exister si on suit les règles de l'asepsie.

L'usage des antibiotiques minimise l'action des microbes *in situ*.

*Les fausses routes.* — Une bonne technique associée à la connaissance de la topographie pleuro-pulmonaire doivent les éviter. On connaît, à ce propos, les observations de Fontan et les remarquables travaux de Huard et de Montagne sur la topographie de la « Zone Muette ».

**La ponction doit-elle être exécutée à la salle d'opération ?**

Comme en toute chose, on ne saurait être excessif.

PONCTIONNER un foie porteur d'abcès au lit du malade comme une pleurésie séro-fibrineuse, nous semble... léger.

INTRODUIRE par principe le malade en salle d'opération..., tous instruments déployés en vue d'une hépatotomie possible, nous semble... exagéré.

Il faut cependant admettre que la PONCTION ASPIRATRICE d'un abcès du foie est *plus* qu'un geste de petite chirurgie, que cette manœuvre doit souvent s'accompagner :

- de l'injection de certains produits dans la cavité de l'abcès ;
- du contrôle microscopique extemporané ou rapide du pus ;
- de l'injection d'un liquide opacifiant permettant l'examen radiologique, etc., etc.,

toutes manœuvres qui ne peuvent être correctement réalisées qu'en milieu HOSPITALIER et CHIRURGICAL.

Rappelons à ce propos l'essentiel de la technique :

PRÉMÉDICATION du malade : Atropine, Morphine, Vitamine K.

PONCTIONNER en position demi-assise, décubitus latéral gauche, le membre supérieur droit placé au-dessus de la tête.

PONCTIONNER en inspiration bloquée, d'où la nécessité d'une anesthésie locale : bouton dermique, puis infiltration des parties molles à la Novocaïne.

PONCTIONNER au point de douleur exquise (minutieusement recherché entre la sonorité pulmonaire et abdominale) dans les limites de la « Zone Muette » (pathologiquement augmentée) ou au « lieu d'élection », c'est-à-dire au-dessous de la huitième côte sur la ligne axillaire antérieure, au-dessous de la neuvième sur la ligne axillaire moyenne.

Utiliser une aiguille de 10 à 15 cm. de long et de calibre 10/10 ou 15/10.

Enfoncer l'aiguille par saccades de 1 cm. « le vide à la main » comme les auteurs français, ou enfoncer l'aiguille et la retirer en aspirant comme les auteurs anglais, ce qui semble plus traumatisant et moins judicieux.

Se rappeler l'aphorisme de Fontan au sujet du liquide aspiré : « Est-ce du pus?... , tant qu'on en doute, ce n'en est pas ».

Faire suivre la PONCTION d'immobilisation en position demi-assise avec bandage de corps - repos - silence - morphine, etc...

Ajoutons, après ce rappel de technique classique, que la ponction d'un abcès du foie peut s'améliorer par des manœuvres adjuvantes d'un grand intérêt. Parmi celles-ci, il faut placer l'injection dans la cavité de l'abcès de différentes substances dont le but est :

- d'opacifier l'abcès (Lipiodol - Diodone) ;
- de liquéfier le pus (Dornokinase) ;
- de porter *in situ* des substances médicamenteuses (Emétine - Nivaquine - antibiotiques, etc...).



## PONCTION ET HÉPATOTOMIE

**Est-il nécessaire d'établir un parallèle entre les avantages et les inconvénients de la ponction et de l'hépatotomie ?**

Nous le pensons, car, à notre avis, l'une et l'autre méthode ont leur intérêt et leurs indications.

PONCTION et HÉPATOTOMIE, loin de s'opposer, doivent s'associer en se complétant.

Il est des cas où la PONCTION ne peut s'utiliser :

- Abscesses profonds ;
- Abscesses situés dans la région du pédicule hépatique ;
- Abscesses du lobe gauche.

Il est des cas où la PONCTION ne peut suffire :

- Abscesses à contenu putride (anaérobie) ;
- Abscesses de grand volume ;
- Abscesses multiples.

Il est des cas où l'HÉPATOTOMIE semble excessive :

- Abscesses limités, à évolution pariétale et à contenu stérile, etc...

Une discrimination des Praticiens, en INTERVENTIONNISTES (Hépatotomie) ou NON INTERVENTIONNISTES (Ponction), nous semble aussi illogique que de considérer la PONCTION comme un geste médical et l'HÉPATOTOMIE comme un geste chirurgical s'opposant.

Il est des formes d'Hépatite justiciable du Traitement médical et du Traitement médical seul (*Hépatite fruste - Hépatite diffuse aiguë* dans ses formes *Abortives* et *Pré-suppuratives*).

Il en est d'autres justiciables du Traitement chirurgical, auxquelles il faudra associer le Traitement médical.

« La ponction n'est pas à la frontière des deux tendances ».

Si elle achève, en l'affirmant, un DIAGNOSTIC, elle doit être également considérée comme un moyen de TRAITEMENT à discuter parallèlement à l'HÉPATOTOMIE. Or, devant une HÉPATITE SUPPURÉE, le Praticien, et en particulier le Praticien isolé d'Outre-Mer, pourra hésiter. Il ne nous paraît donc pas inu-

tile d'essayer d'établir les indications respectives de l'une ou de l'autre méthode.

Les indications de la PONCTION ou de l'HÉPATOTOMIE nous semblent devoir se grouper autour de deux facteurs qui permettent d'en discuter et de se décider :

— LA FORME CLINIQUE DE L'HÉPATITE SUPPURÉE.

— LA NATURE DU PUS (microscopique et macroscopique).

## I. - INDICATIONS EN FONCTION DE LA NATURE DU PUS

### a) Aspect microscopique :

Sans reprendre l'étude bactériologique du pus des abcès amibiens du foie, on tire de l'examen des différents travaux quelques notions pouvant se résumer ainsi :

L'AMIBE est assez rarement trouvée dans le pus des abcès amibiens du foie (Fontan - Joyeux et Sicé), encore que l'on pourrait s'étonner des chiffres donnés par certains auteurs.

Présence de l'amibe dans le pus :

— 49 % des cas pour Lacaze et Melnotte ;

— 7 % des cas pour Huard.

Cette grande différence tient vraisemblablement au fait que les travaux des premiers auteurs ont eu leurs principales sources en Afrique du Nord et celles du second au Tonkin.

Le MICROBE. — Il est de nature variée : streptocoque, staphylocoque, colibacille, entérocoque, anaérobie, etc.,.

Le PUS de l'abcès serait stérile dans 86 % des cas (Rogers 1922).

Il serait stérile dans 92 % des cas (Lacaze et Melnotte).

On peut considérer d'une façon beaucoup plus simple que : primitivement, la plupart des abcès tropicaux du foie sont exclusivement amibiens et que l'on y trouve un pus ne contenant que :

— des AMIBES (ce qui est rare) ;

— ni MICROBE, ni AMIBE.

Puis, certains de ces abcès sont secondairement infectés (Grall - Manson-Bahr). Dans ce cas, le PUS contient :

— AMIBES et MICROBES,

— MICROBES.

Ce second groupe d'abcès se divisera lui-même en deux variétés qui nous intéressent :

1° - *Abcès primitivement amibiens et de surinfection bénigne.*

C'est dans cette variété que nous trouverons un PUS

amicrobien à l'examen microscopique, et microbien à la culture.

*Ces abcès sont d'un pronostic bénin.* Nous les pensons justiciables du traitement par la PONCTION.

2° - *Abcès primitivement amibien et de surinfection massive.*

Quel que soit le mode de surinfection : voie sanguine, voie biliaire, ou, beaucoup plus fréquemment l'AMIBE servant de « véhicule » aux MICROBES, *ces abcès sont en général de pronostic grave.*

Nous pensons que c'est parmi eux que se trouvent les différences d'évolution et de gravité des abcès d'Afrique et d'Extrême-Orient.

*Ces abcès de pronostic grave* sont justiciables d'une HÉPATOTOMIE suivant rapidement la PONCTION, considérée ici comme élément final du diagnostic.

Enfin, signalons le grand intérêt de l'étude de l'*antibiogramme* du pus retiré par ponction lorsque ce pus est microbien et cultivé.

#### **b) Aspect macroscopique du pus :**

Il est également plein d'intérêt, car, sans se substituer à l'examen bactériologique et à la culture, il peut permettre de se faire une opinion plus rapidement et de pouvoir, le cas échéant, se passer d'un examen bactériologique (Médecins de brousse - cas urgents).

On sait que les anciens auteurs attribuaient une grande importance à l'aspect macroscopique du PUS. En fait, et, comme va le montrer ce qui suit, les comparaisons sont nombreuses et variées.

Il faut considérer que l'aspect macroscopique du PUS est variable :

- selon le stade de la suppuration ;
- selon le pyogène en cause.

*Au début* de l'affection, on a décrit le PUS. : « rouge brique », « fraise écrasée », « jus de groseille ». C'est le PUS qui correspond à la « bouillie hématique » des *abcès phlegmonieux de Fontan* et des *hépatites diffuses suraiguës* des modernes.

Il est le témoin d'une suppuration au début et souvent d'évolution rapide et grave.

*Ensuite*, l'affection évoluant, le PUS devient « rouge brun », « raclure de foie », « chocolat ». C'est un PUS constitué de cellules hépatiques dégénérées, de polynucléaires

altérés et de macrophages « bourrés » de globules rouges ; parfois, on y trouve des AMIBES.

*Si le PUS est mélangé à de la bile*, il aura l'aspect « marc d'huile » de Fontan.

*S'il s'agit du PUS d'un abcès vieilli*, il sera onctueux et « chocolat au lait », c'est le PUS MORT de Fontan.

*La présence de MICROBES anaérobies* dans l'abcès fera perdre au PUS son aspect bien lié et son odeur fade, pour lui donner l'aspect aéré et l'odeur putride et gangréneuse des suppurations anaérobies.

La première variété de PUS (« bouillie hématique »), ainsi que la dernière variété (« PUS anaérobie ») sont, toutes deux, d'un pronostic grave indiquant l'HÉPATOTOMIE.

Le PUS « chocolat » ou « chocolat au lait » des abcès constitués ou vieillis est de pronostic moins sévère, il indique le traitement par PONCTION.

Il semble qu'en associant les aspects MACROSCOPIQUES et MICROSCOPIQUES du PUS, on puisse en déduire les indications suivantes du traitement par PONCTION ou par HÉPATOTOMIE.

*Dans un premier cas :*

Le PUS est MACROSCOPIQUEMENT bien lié, sans odeur, d'aspect « chocolat au lait », jaunâtre ou jaune verdâtre.

Le PUS est MICROSCOPIQUEMENT pauvre en germes, amicrobien à l'examen, stérile à la culture, ou amicrobien à l'examen et bactérien à la culture.

*Le traitement par PONCTION est indiqué.*

*Dans un deuxième cas :*

Le PUS est MACROSCOPIQUEMENT plus ou moins bien lié ou aéré, de couleur « jus de groseille », associé à un état général grave, ou putride et gangréneux.

MICROSCOPIQUEMENT riche en microbes, donnant des cultures aérobies ou anaérobies florissantes, mettant en évidence certains pyogènes : colibacilles, streptocoques, anaérobies, périfréngens, isolés ou associés.

*Le traitement par HEPATOTOMIE est indiqué.*

## II. - INDICATIONS EN FONCTION DES FORMES CLINIQUES

Il est une forme clinique de l'Hépatite suppurée, pour laquelle l'indication du traitement chirurgical (ponction ou hépatotomie) n'a même pas le temps de se discuter, c'est l'HÉPATITE SURAIGUE correspondant au « fulminant abcess » de Rogers.

Cette forme clinique se caractérise par :

— son début brutal ;

— la prédominance des signes généraux sur les signes locaux ;

— Le malade a un aspect pseudo-typhique (tuphos) ;

— des symptômes ataxo-adyamiques ;

— un hépatomégalie associée à un subictère, et parfois à un ictère franc.

L'évolution de cette forme est rapidement mortelle en quatre à huit jours.

Il est, à l'opposé, une forme d'Hépatite correspondant, semble-t-il, à de multiples abcès chroniques étouffés par la sclérose, c'est l'HÉPATITE CHRONIQUE NODULAIRE HYPERTROPHIQUE avec cirrhose (Achard et Foix).

Cette forme est totalement étrangère au domaine chirurgical.

Entre ces formes extrêmes se situent des formes cliniques plus usuelles de l'HÉPATITE SUPPURÉE.

#### a) **Forme aiguë :**

C'est la forme fréquente, classique, dans laquelle la symptomatologie est la plus riche.

Elle fait suite à une Hépatite congestive, évoluant 1 à 2 semaines.

Le sujet se présente comme un grand infecté :

— température élevée, rémittente et intermittente,

— anémie,

— amaigrissement,

— masque terreux,

— anorexie totale.

Localement aussi, les signes sont abondants :

— hépatomégalie,

— douleurs hépatiques généralisées, continues, lancinantes, entraînant des attitudes antalgiques,

— douleur exquise, localisée.

Le laboratoire indique :

— une vitesse de sédimentation élevée et s'élevant (courbes),

— une hyperleucocytose, avec ou sans polynucléose.

Le diagnostic est aisé, la PONCTION le confirme.

A cette forme clinique s'associe la FORME SUBAIGUE, dans laquelle la symptomatologie locale est moins intense,

— les signes infectieux plus atténués,

— la température est moins élevée et intermittente,

— asthénie, anémie, amaigrissement,

— masque blafard et cireux.

La douleur spontanée est estompée et mise en évidence

par le signe de l'ébranlement douloureux du foie de Blanc et Bordes.

La douleur provoquée, localisée et exquise, est caractéristique.

Ces deux formes AIGUË et SUBAIGUË correspondent à l'ABCÈS ULCÉRATIF OU PHLEGMONEUX. Ces deux formes, par ailleurs les plus courantes, sont justiciables d'un traitement médical énergique, d'une surveillance constante par le laboratoire, et l'acte chirurgical doit y être minime et atraumatique.

#### **b) Forme chronique :**

Cette forme peut succéder à la FORME SUBAIGUË ou s'installer d'emblée après un début insidieux.

Elle est caractérisée par la prédominance des signes généraux sur les signes locaux.

L'asthénie et l'amaigrissement évoluent doucement vers la cachexie.

La température y est presque normale : sub-fébrile avec élévation vespérale (diagnostic avec la tuberculose).

L'Hépatomégalie y est plus discrète.

La douleur, localisée en une zone précise d'un espace intercostal, est à rechercher minutieusement ; elle existe cependant.

Les signes de laboratoire sont assez complets.

C'est dans cette forme chronique que l'on relève les formes dites LATENTES et AMBULATOIRES. C'est également dans cette forme que l'on trouve les abcès les plus volumineux (plusieurs litres). Cette forme correspond à un abcès bien organisé, bien limité, qui peut gagner lentement la paroi, jusqu'à y déterminer de l'œdème, de la circulation collatérale, et parfois même de la fluctuation (abcès à évolution abdominale).

C'est dans cette forme que l'on observe les MIGRATIONS d'abcès.

On conçoit que la PONCTION n'aidera pas à établir un diagnostic mais qu'elle ne fera qu'y mettre un point final. Son intérêt majeur sera de permettre l'injection dans la cavité de l'abcès d'une substance opaque (Diodone), miscible au PUS, et permettant de définir radiologiquement les contours et le volume de l'abcès (Roques et Sohier).

Essayons d'envisager la place respective de la PONCTION et de l'HÉPATOTOMIE face à ces formes cliniques.

— DANS LES FORMES D'HEPATITE SUPPUREE AIGUE ET SUBAIGUE :

- Le traitement médical s'impose.
- L'acte chirurgical lui succédera ou lui sera adjuvant.

Il semble cependant que, dans ces formes cliniques, les PONCTIONS répétées trouvent leur place.

— DANS LES FORMES AIGUES :

Deux facteurs peuvent contre-indiquer le TRAITEMENT PAR PONCTION :

- LA NATURE BACTÉRIOLOGIQUE ET L'ASPECT MACROSCOPIQUE DU PUS (voir plus haut) ;
- L'ÉVOLUTION DE L'HÉPATITE SUPPURÉE.

Si l'évolution clinique allait vers l'aggravation (état général, température) et que les résultats de laboratoire (hémogramme, vitesse de sédimentation) évoluaient parallèlement, le TRAITEMENT PAR PONCTION devrait alors être interrompu pour céder la place à l'HÉPATOTOMIE, plus efficace et plus rapide dans ses effets.

— DANS LES FORMES CHRONIQUES :

La PONCTION, avons-nous dit, met un point final à un diagnostic déjà établi ; elle n'a pour but que d'indiquer le volume de l'abcès (Diodone).

SUFFIRAIT-ELLE A LE TRAITER ?

Il semble qu'il faille répondre négativement dans la plupart des cas. On peut cependant distinguer deux éventualités :

— *Si l'abcès est limité* (volume d'une grosse orange) et relativement *jeune* (paroi souple), les PONCTIONS répétées « pourraient » suffire.

— *Si l'abcès est volumineux* (cas le plus fréquent) et relativement *ancien* (paroi scléreuse), l'HÉPATOTOMIE est indiquée.

Au terme de ce chapitre, quelques notions se dégagent :

— IL N'Y A PAS DEUX TRAITEMENTS DE L'HÉPATITE SUPPURÉE.

Il est des formes cliniques où le *Traitement médical* est *seul* indiqué.

Il en est d'autres où le *Traitement chirurgical* est indiqué, en association avec le *Traitement médical*.

Il semble qu'une *hépatite amibienne* doive être dirigée sur un service de médecine, mais qu'elle ne doive pas y rester lorsqu'elle se transforme en *hépatite suppurée*.

— LA PONCTION DU FOIE N'EST PAS SEULEMENT UN MOYEN DE DIAGNOSTIC, C'EST AUSSI UN MOYEN DE TRAITEMENT.

Il ne faut pas opposer la PONCTION des abcès tropicaux du foie, considérée comme un geste médical, à l'HÉPATOTOMIE, envisagée comme un geste chirurgical, mais considérer à la lumière des travaux des auteurs étrangers que la PONCTION ASPIRATRICE, associée à des injections *in situ* de produits opacifiant ou liquéfiant le PUS ainsi que de substances chimiques ou antibiotiques, est une *méthode chirurgicale*, comme l'HÉPATOTOMIE en est *une autre*.

Les deux méthodes ont leur INTÉRÊT et leurs INDICATIONS.

## PONCTION ET INJECTIONS MODIFICATRICES

Il était normal que dans l'esprit de nombreux auteurs, l'idée de ponction évacuatrice d'un abcès du foie s'associe à celle d'injections modificatrices dans sa cavité. Les substances qui ont eu la faveur des auteurs peuvent se diviser en trois catégories :

1° *Substances opacifiantes* permettant de localiser l'abcès et de juger de son volume.

2° *Substances favorisant la liquéfaction du pus* et des fausses membranes et permettant, de ce fait, le lavage de la cavité et l'évacuation plus complète de son contenu.

3° *Substances médicamenteuses* pouvant avoir une action efficace sur l'amibe et sur l'infection surajoutée de ces abcès.

### I. - SUBSTANCES OPACIFIANTES

La première en date a été une substance iodée connue de tous, le lipiodol. Qu'il soit léger ou lourd, le lipiodol a rendu de grands services aux cliniciens. Des radiographies sous des incidences diverses mais prises à même distance, associées à des changements de position du sujet permettent de repérer dans le plan frontal comme dans le plan sagittal la paroi de l'abcès. Il suffit ultérieurement de reporter sur un calque les épreuves de face et celles de profil pour pouvoir dessiner le contour exact de l'abcès.

Cette méthode a rendu de grands services et les clichés du magnifique livre de Huard et Meyer-May sont l'illustration brillante de cette radio-chirurgie. Mais cette méthode présente un défaut, résidant dans la persistance du lipiodol dans la cavité de l'abcès et ultérieurement au sein du parenchyme hépatique. Sohier a trouvé — au cours d'autopsies — et plusieurs années après des injections de lipiodol, de véritables huilomes entourés d'une épaisse coque scléreuse au sein du parenchyme hépatique. Pour cet auteur, il n'est pas interdit de penser que cette réaction scléreuse est bien plus due au lipiodol, agissant comme corps étranger, qu'à la persistance de la coque entourant la cavité de l'abcès.

Notons l'utilisation par certains (Cachera) de l'injection simultanée de lipiodol et d'air par l'aiguille de ponction — le lipiodol repérant le pôle inférieur et l'air le pôle supérieur, ce procédé diminue de moitié, sinon plus, le nombre des clichés à prendre en diverses positions.

Dans les observations de ce travail, on est resté fidèle à l'injection de diodone à 80 %. Roques et Sohier avaient en effet mené à bien à Marseille, de 1936 à 1938, toute une série de travaux démontrant que « in vitro » puis « in vivo » la diodone était miscible au pus, et que de ce fait l'injection de ce produit dans la cavité de l'abcès l'opacifiait en totalité. Encore faut-il savoir, ainsi que l'ont montré Roques et Sohier, que ce produit se résorbe et disparaît en 4 à 8 heures, d'où la nécessité de faire pratiquer les radiographies avant la quatrième heure suivant l'injection. Cette vitesse de résorption du produit iodé le rend inoffensif localement, et Sohier s'est même demandé si l'absorption rapide de ce produit par les parois de la poche, ainsi que le montre l'opacification rapide des vaisseaux et canaux biliaires, n'avait pas un effet thérapeutique local sur les parois de l'abcès et l'amibe s'y trouvant.

Enfin, certains auteurs (Boulard et Piétri, d'Alger), associent l'injection de lipiodol lourd (quelques cc3) à l'injection de diodone à 70 %. Cette technique, si l'on fait abstraction de ce qui fut dit précédemment du lipiodol, a l'avantage de permettre la localisation facile en scopie du pôle inférieur de l'abcès (la diodone pouvant être insuffisante à opacifier l'abcès au cours de cet examen) et de permettre ainsi les ponctions ultérieures sans scopie.

## II. - SUBSTANCES FAVORISANT LA LIQUEFACTION DU PUS

L'emploi de produits agissant par lyse enzymatique n'est pas nouveau. En effet, on connaissait depuis plusieurs années (1933-1935) les propriétés biochimiques et biologiques d'enzymes produites par certaines espèces bactériennes.

La série des travaux de Tillett et de ses collaborateurs aboutissent à la détermination de deux de ces enzymes : Streptokinase, Streptodornase.

**STREPTOKINASE** : Tillett avait remarqué que le « jus de culture » des streptocoques hémolytiques contenait un principe fibrinolytique. Le processus se résume ainsi : la proenzyme contenue dans les euglobulines du sérum humain appelé *plasminogène* est transformée par la Streptokinase (ancienne fibrinolysine) en *plasmine* (Christensen).

Sous l'influence de la plasmine, la fibrine insoluble s'hydrolyse et donne naissance à des protéines de poids moléculaire moins élevé et solubles ; ceci se passant en PH neutre.

En pratique, « *la Streptokinase entraîne la liquéfaction du caillot* ».

**STREPTODORNASE** : C'est une autre enzyme contenue dans le filtrat de culture élaboré par certains pneumocoques. Elle existe aussi dans le pancréas du bœuf. Cette enzyme agit sur les nucléoprotéines qui donnent sa viscosité au pus, et par une réaction chimique voisine d'une hydrolyse-acide entraîne la liquéfaction du pus. Cette action est directe contrairement à l'action de la streptokinase qui exige la présence d'une pro-enzyme (plasminogène). Cette action favorisée par des ions magnésium, se passe en PH neutre et est diminuée au-dessus de 45°.

En pratique, « *la Streptodornase liquéfie le pus* ».

L'utilisation de ces deux produits (Dornokinase) est présentée dans des flacons contenant 20.000 unités de Streptokinase et 5.000 unités de Streptodornase.

Ces produits ont été fréquemment utilisés par les médecins et chirurgiens thoraciques : hémothorax, pleurésies purulentes. D'autres indications relèvent de la chirurgie : abcès profonds, abcès froids, adénite tuberculeuse suppurée, arthrite purulente, ostéomyélite, etc.

En principe, les effets chirurgicaux de l'association streptokinase-streptodornase, se résument :

a) à une *ponction* plus facile, et une évacuation plus complète des abcès tuberculeux ;

b) à un *drainage* plus complet et plus rapide des abcès profonds incisés et drainés ;

c) à l'assèchement et à la guérison plus rapide des collections suppurées superficielles, si on *associe son usage aux antibiotiques*.

Il était normal de penser que l'utilisation de ce produit dans le traitement par ponction des abcès du foie viendrait à l'esprit de quelques auteurs. Nous n'avons relevé qu'une seule publication ayant trait à cet usage : « usage rationnel de la streptokinase-streptodornase dans le traitement d'un abcès du foie » (Sherry, Mac Carty, Tillett).

Nous avons utilisé ce produit (dornokinase) dans 12 observations et les seules remarques que nous puissions faire à son sujet sont :

1° Une élévation thermique d'environ un degré le soir de l'injection de dornokinase dans la cavité de l'abcès.

2° Le fait qu'à la ponction suivante on retire un plus grand volume de liquide qu'à la précédente, ce qui semble indiquer l'action manifeste du produit par la liquéfaction des fausses membranes.

### III. - SUBSTANCES MEDICAMENTEUSES

La liste des substances médicamenteuses proposées pour l'injection dans la cavité des abcès en général... est longue ; celle des substances proposées pour l'injection dans la cavité des abcès amibiens du foie est plus courte.

Les Ecoles sud-américaines ont proposé les injections « in situ » de chloroquine ou de santoquine (amino-4-quinoléine) ainsi que de quinacrine (amino-9-acridine).

Basnuévo, à Cuba, a utilisé avec succès la nivaquine. Rogers, un des ancêtres de la thérapeutique des abcès du foie, a utilisé l'émétine « in situ ». En ce qui nous concerne, nous avons utilisé l'émétine systématiquement, y ajoutant la pénicilline ou un mélange pénicilline-streptomycine, ceci systématiquement ou après étude de l'antibiogramme effectué sur le pus retiré à la première ponction.

Certes, beaucoup de produits absorbés par voie entérale ou injectés par voie parentérale sont inefficaces vis-à-vis de l'amibe qu'ils n'attaquent pas ou atteignent après des transformations les rendant inefficaces, ce qui a permis à certains de décréter que « l'emploi des antibiotiques est irrationnel dans le traitement de l'amibiase » (Blanc). On peut cependant penser que l'injection de divers produits *in situ* se rapproche beaucoup de leur efficacité *in vitro* — sur l'amibe. Nous l'avons montré plus haut : certains vont jusqu'à penser que les produits iodés (diodone), rapidement absorbés par les parois de l'abcès, ont peut être une action thérapeutique locale (Sohier).

Parmi les 12 observations présentées dans cette thèse, les trois premières (Obs. I - II - III) représentent des cas dans lesquels les ponctions répétées, seules, ont amené la guérison du malade :

- 2 ponctions ont suffi dans l'observation I
- 4       »               »       dans l'observation II
- 5       »               »       dans l'observation III

Notons que dans aucun de ces trois cas on a injecté d'émétine dans la cavité de l'abcès, mais seulement de la diodone, de la pénicilline et de la streptomycine, ainsi que de la dornokinase.

Notons que les observations I et II concernaient des abcès du lobe droit et l'observation III, un abcès du lobe

gauche. Notons enfin que les malades des observations I et II avaient reçu sans succès un traitement antérieur par l'émétine et la terramycine.

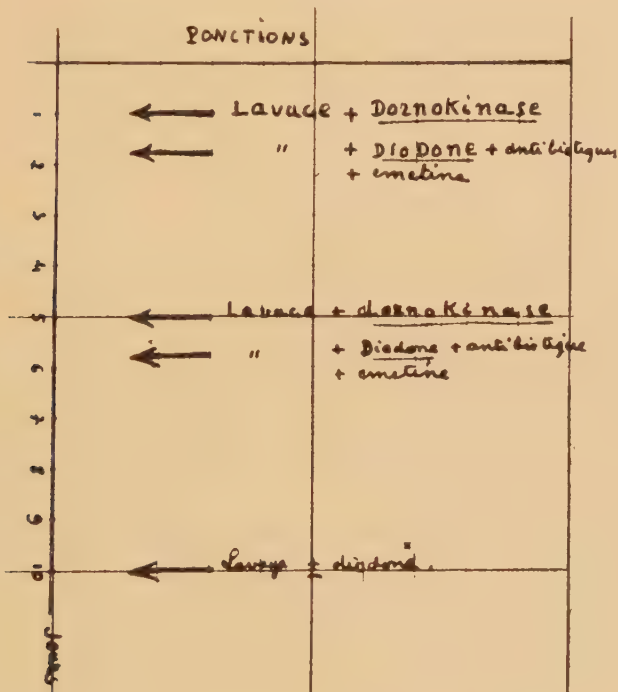
La malade de l'observation n° 1 est restée hospitalisée un mois : 2 ponctions.

Le malade de l'observation n° 2 est resté hospitalisé 28 jours : 4 ponctions.

Le malade de l'observation n° 3 est resté hospitalisé 24 jours : 5 ponctions.

Enfin, indiquons le rythme proposé dans le traitement par ponction des abcès amibiens du foie.

- Ce qui peut se résumer dans le schéma suivant :



1<sup>er</sup> jour - 1<sup>re</sup> ponction : On évacue le maximum de pus, et on en demande l'examen cytotactériologique et la culture, ainsi que l'antibiogramme. En règle générale, l'examen extemporané montre l'absence d'amibes et de microbes pathogènes et la culture sera stérile après trois ou quatre jours.

On lave la cavité de l'abcès avec du sérum physiologique additionné d'antibiotiques (1.000.000 U. de pénicilline et 1 g.

de streptomycine) et on termine en injectant, selon le volume de l'abcès, une ou deux ampoules de dornokinase.

2° jour - 2° ponction : Même lavage. On laisse alors à demeure :

- 500.000 U. de pénicilline, 0,50 g. de streptomycine ou le double ;
- une ou deux ampoules de diodone à 80 % ;
- 6 cg. d'émétine.

Radiographie dans les deux ou trois heures qui suivent.

3°, 4° et 5° jours : pas de traitement local.

Continuation du traitement général :

- Emétine - Bévitine - Strychnine - Terramycine - Vitamine K.

6° jour : 3° ponction identique à la première ;

7° jour : 4° ponction identique à la deuxième.

#### OBSERVATION N° 1

M<sup>me</sup> L... Yvette, âgée de 28 ans.

Cette jeune femme qui a toujours habité Dakar a présenté, quatre mois avant son hospitalisation, un épisode diarrhéique, avec selles muco-sanglantes et fièvre.

Aucun examen de selles n'a été pratiqué à cette époque.

Entrée le 15-12-1952.

Il y a six semaines nouvel épisode diarrhéique glairo-sanguinolant. Un examen de selles, alors pratiqué, a été négatif. La malade a été traitée par la Sulfaguanidine.

Depuis quelques jours : douleurs hépatique et fièvre.

A l'examen : malade amaigrie, faciès terreux, langue saburrale, conjonctives subictériques ; le foie est gros ; douleurs à l'ébranlement provoqué.

- un examen des selles montre la présence d'amibes hématophages,
- un hémogramme montre :

G.R. : 3.470.000

G.B. : 14.080 avec 67 % de Poly.

V.S. : 86.124

- une radioscopie confirme l'Hépatomégalie — l'amplitude de l'Hémi-coupe diaphragmatique est bonne — absence de réaction pleurale
- la recherche des Hématozoaires est négative (étalement et goutte épaisse)
- l'hémoculture restera stérile
- Mac Lagan : 8 U. Vernes

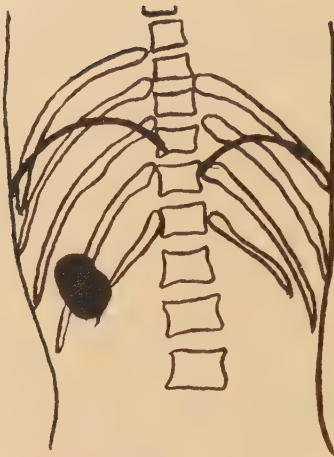
La malade est traitée par l'Emétine (6 cg. par jour) et la Terramycine (2 gr. par jour).

Le 26-12-1952 :

En fin de traitement émétinien, l'Hépatomégalie douloureuse persiste.

La V.S. est à 58.118

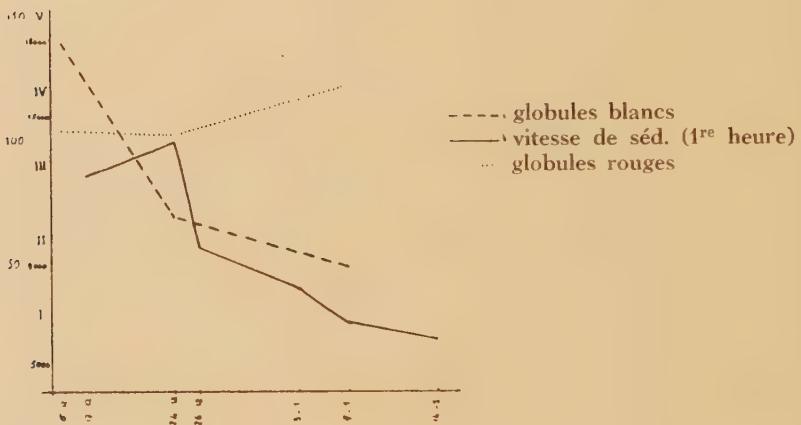




N° 1



N° 1



## OBSERVATION N° 2

L... Alain, homme âgé de 22 ans.

Hospitalisé le 2-12-1952 pour syndrome douloureux hépatique.

Le malade vit à Dakar depuis 1948. On ne relève dans ses antécédents qu'un ictère infectieux bénin, avec pneumonie atypique en 1951.

L'affection actuelle a débuté il y a 1 mois par de l'asthénie, de l'anorexie et des poussées fébriles vespérales à 38°.

Puis apparaît un épisode diarrhéique (examen des selles : négatif) traité, sans résultats, par l'Auréomycine.

La veille de l'hospitalisation : apparition d'une douleur à l'hypochondre droit.

A l'examen : sujet fatigué, amaigri, à faciès pâle. Les conjonctives sont légèrement subictériques ; température : 38.4. Le foie est gros, et son ébranlement en masse douloureux.

Le reste de l'examen ne montre rien.

Les examens complémentaires apportent les renseignements suivants :

— examen des selles : présence d'amibes

— examen du sang :

G.R. : 4.000.000

G.B. : 23.000 avec 77 % de Poly.

Hémoculture : stérile

V.S. : 89 - 116.

— Mac Lagan : 19 Unités Vernes

— Gros : 1,6

— Cadmium : 0

— Temps de Quick : 17" (témoin 13")

La radioscopie montre que le foie est gros, avec diminution de l'amplitude des mouvements de l'Hémicoupe diaphragmatique droite et absence de réaction à la base.

Le diagnostic d'Hépatite amibienne ne fait pas de doute.

On institue un traitement par l'Emétine (8 cg. par jour) et la Terramycine (2 gr. par jour).

Ce traitement entraînera l'apyrexie en 48 h., et la disparition des douleurs hépatiques spontanées en 3 jours.

Le traitement éméтинien est arrêté le 10 décembre 1952.

Le lendemain, le malade ressent une légère pesanteur de l'Hypocondre droit, irradiant vers l'épaule droite.

Le même jour, l'examen du sang montre :

G.B. : 15.000, dont 82 % de Poly

V.S. : 93 - 120

On pense alors à la possibilité d'un abcès et on décide de ponctionner.

Le 12-12-1952 :

1<sup>re</sup> Ponction : On retire 200 cc de pus épais « chocolat ».

On lave la cavité au sérum Pénicilliné.

On injecte à demeure : antibiotiques et 1 ampoule de Dornokinase.

Le soir, élévation thermique à 39°, comme c'est la règle après injection de Dornokinase.

L'examen du pus prélevé ne montrera pas de germes à l'examen direct, et sa culture restera stérile.

Le 13-12-1952

2<sup>e</sup> Ponction : On retire 100 cc d'un pus plus fluide que celui de la veille.

On lave.

On laisse à demeure : antibiotiques et Lipiodol (1).

L'examen radiographique montrera la cavité de l'abcès au centre de l'opacité du lobe droit, avec présence de 3 couches : le Lipiodol, le pus, une bulle d'air. (Voir schéma).

Le traitement à la Terramycine est continué. Le malade ne souffre plus.

---

(1) Nous n'avions pas de Diodone lors de cette ponction du foie, qui se situe parmi les premières relatées dans ce travail.

Le 19-12-1952 :

3<sup>e</sup> Ponction : On retire 30 cc de pus fluide.

On lave.

On laisse en place : antibiotiques et 1 ampoule de Dornokinase.

Le 20-12-1952 :

4<sup>e</sup> Ponction : On lave.

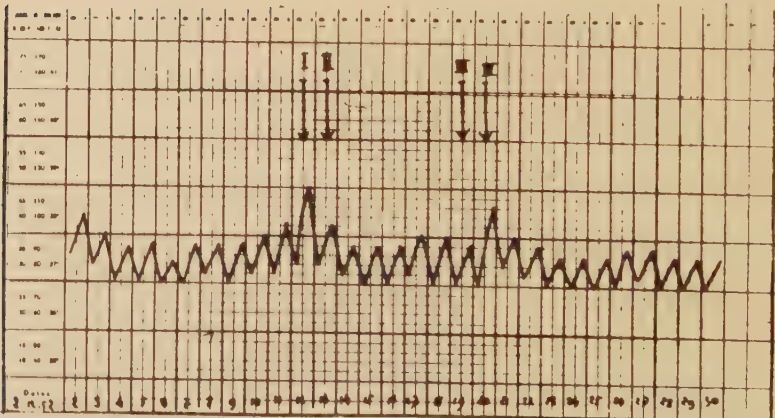
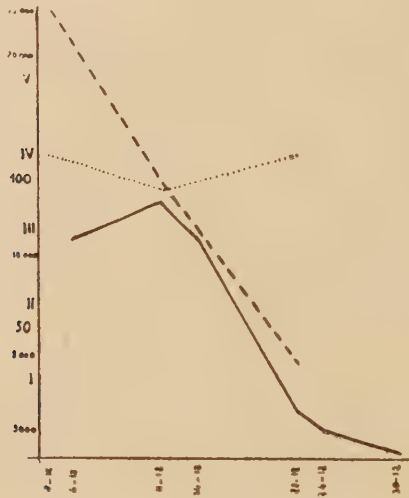
On injecte des antibiotiques : Pénicilline et Streptomycine (1 million d'Unités) - (1 gr.).

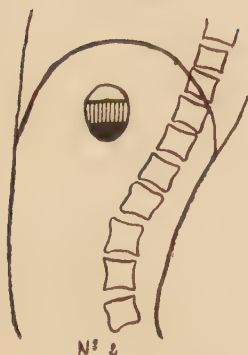
Une radiographie montre une diminution du volume de l'abcès et un foie de dimensions presque normales.

Le malade sort le 30 décembre en bon état. Il sera revu le 30 Janvier 1953 après une nouvelle série d'Emétine. Son état général est bon et sa V.S. : normale. Une radiographie pratiquée à cette date ne montre plus qu'une tache lipiodolée au milieu d'un foie de volume normal.

Le malade aura donc été hospitalisé 28 jours.

Il aura subi 4 ponctions.





### OBSERVATION N° 3

D... Robert, homme âgé de 34 ans, Européen.

Hospitalisé le 7-5-1954 pour une hépatomégalie douloureuse, avec fièvre (39°) évoluant depuis 4 jours.

L'affection a débuté par une épigastralgie avec ballonnement et éructations ; la température oscillant entre 38,8 - 39,8.

Pour les antécédents, on ne relève aucun détail intéressant, si ce n'est une diarrhée il y a 15 jours.

A l'examen : conjonctives subictériques ; le sujet est fatigué ; on note une légère défense avec hyperesthésie cutanée au niveau de l'épigastre.

Par ailleurs, l'ébranlement d'un foie, de dimensions normales, est douloureux.

Le sujet ne présente pas d'hématozoaires dans le sang.

G.B. : 16.000

V.S. : 65

— Mac Lagan : 3 Unités Vernes

— Gros : 1

Le contexte clinique et surtout la localisation de la douleur font penser à la possibilité d'un abcès du lobe gauche du foie (douleur en bretelle).

L'examen radiologique ne relevant rien d'anormal, sinon : un gros foie, une diminution d'amplitude de l'hémicoupe diaphragmatique gauche.

On décide de ponctionner le lobe gauche, au point douloureux maximum.

Le 14-5-1954 :

1<sup>re</sup> Ponction : On la pratique selon les coordonnées suivantes :

Sous le rebord chondro-costal gauche.

8 cm sous une horizontale xiphoïdienne

4 cm paramédiane gauche.

Dans un plan sagittal.

De bas en haut, selon un angle de 30° sur l'horizontal.

A 5 cm de profondeur, on pénètre dans une poche d'abcès, on en retire du pus, qui se révélera, selon la coutume,

— sans germes à l'examen direct,

— stérile à la culture.

La quantité retirée est de 50 cc.

On lave au sérum Pénicilliné.

On laisse à demeure :

1 million d'unités de Pénicilline

1 gr. de Streptomycine

1 ampoule de Diodone.

Une radiographie montre une cavité ovalaire de la grosseur d'une mandarine.

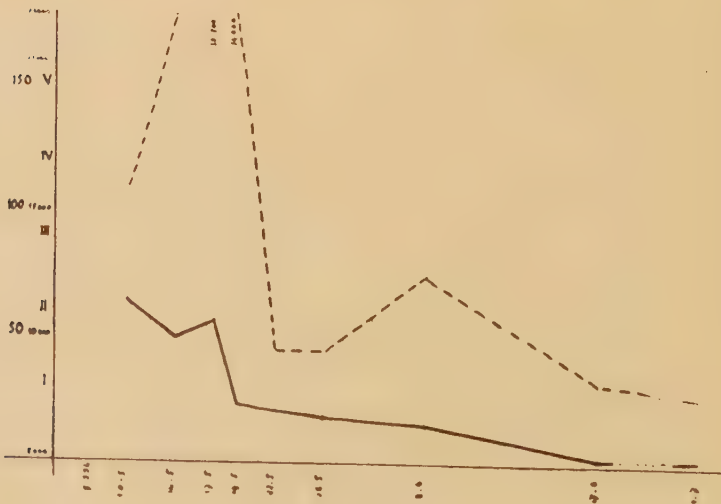
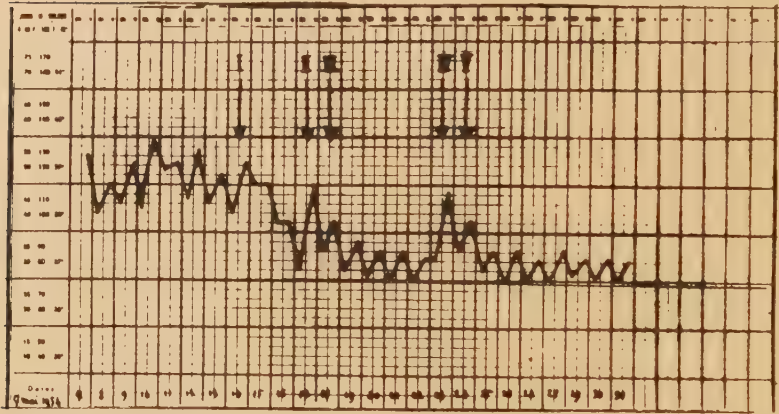
Paramédiane gauche, sous pariétale (profil). Le foie est gros.

Le 17-5-1954 :

2<sup>e</sup> Ponction : On retire 35 cc. de pus, plus ou moins fluide.

On lave.

On laisse à demeure : antibiotiques, 1 ampoule de Dornokinase.



Le 18-5-1954 :

3<sup>e</sup> Ponction : On retire 40 cc de pus fluide.

On lave.

On laisse à demeure : antibiotiques et 1 ampoule de Diodone.

La radiographie ne montre pas de modification du volume de l'abcès.

Le 23-5-1954 :

4<sup>e</sup> Ponction : On retire 20 cc. de pus fluide.

On lave.

On injecte : antibiotiques, 1 ampoule de Dornokinase.

Le 24-5-1954 :

5<sup>e</sup> Ponction : On retire 25 cc. de pus séreux.

On lave.

On laisse à demeure : antibiotiques, 1 ampoule de Diodone.

Une radiographie montre un foie encore un peu gros, on ne retrouve plus l'opacité de l'abcès (la radiographie a été pratiquée 4 heures après l'injection de Diodone).

Entre temps, le sujet a reçu un traitement émétinien (6 ctg. par jour) et de la Vitamine K.

Son état général s'est amélioré et sa température est devenue normale.

Il quittera l'hôpital le 29 mai et sera suivi par la suite.

Son hospitalisation aura été de 24 jours.

Il aura subi 5 ponctions.



## TRAITEMENT PAR ASPIRATION DISCONTINUE

Nous avons vu au chapitre précédent comment la ponction du foie pouvait être proposée et utilisée comme moyen de traitement des abcès amibiens du foie. On pouvait penser que les ponctions répétées, tout en étant pénibles pour le malade, n'étaient pas sans danger pour le parenchyme hépatique.

Combien de temps les ponctions peuvent-elles être poursuivies sans inconvénient ?

A quel moment l'hépatotomie peut-elle devenir nécessaire ?

On a donc essayé de trouver une solution au problème en visant à éviter simultanément l'hépatotomie et la répétition trop fréquente des ponctions.

Cette solution a été apportée par l'utilisation d'un drainage aspiratif par tubes en matière plastique, et l'emploi de ce matériel a donné toutes les satisfactions espérées en raison de :

- 1° - Sa bonne tolérance par le tissu hépatique ;
- 2° - La cicatrisation rapide de leur trajet après l'ablation des tubes (quarante-huit heures) ;
- 3° - La flexibilité de ce matériel qui le rend inoffensif pour le parenchyme hépatique ;
- 4° - La possibilité de poursuivre : aspiration - lavage - injections médicamenteuses *in situ* par ce matériel ;
- 5° - La possibilité d'un traitement ambulatoire.

Nous présentons ci-dessous neuf observations d'abcès amibiens du foie traités par cette méthode. Dans tous ces cas, le traitement par ponctions répétées semblait voué à l'échec du fait du volume de l'abcès, et cependant l'hépatotomie ne s'imposait pas, d'où l'intérêt de la méthode proposée, dont nous développons ci-dessous la technique.

### — TECHNIQUE —

La PREMIÈRE ponction confirme le diagnostic et permet d'apprécier les caractères du pus. L'examen extemporané y montre, en règle générale, l'absence d'amibes et de microbes

pathogènes. L'antibiogramme est pratiqué. Sa culture, en règle générale, reste stérile pendant trois ou quatre jours.

Nous profitons de cette première ponction pour pratiquer un lavage de la cavité de l'abcès avec du sérum physiologique additionné des antibiotiques reconnus utiles (1 million U. de pénicilline et 1 g. de streptomycine pour 500 cm<sup>3</sup> de sérum physiologique). Puis, après l'évacuation de l'abcès, nous injectons dans sa cavité une ou deux ampoules de dornokinase suivant son volume.

Le lendemain : DEUXIÈME ponction et lavage ; injection d'une ou deux ampoules de diodone (80 %), ainsi que d'antibiotiques : pénicilline, streptomycine et de 6 cg. d'émétine.

Une radiographie est alors pratiquée dans les heures qui suivent, qui indique le volume de l'abcès (rappelons que la diodone est miscible au pus des abcès amibiens, comme l'ont montré Roques et Sohier).

Trois jours plus tard, TROISIÈME ponction, identique à la première.

Le lendemain, QUATRIÈME ponction, identique à la seconde.

C'est après cette quatrième ponction qu'est prise seulement la décision thérapeutique : répétition des ponctions ou aspiration discontinue par tube.

Si nous choisissons l'aspiration discontinue, nous introduisons, sous anesthésie locale, dans la cavité de l'abcès, deux tubes en polythène (N° 2 ou N° 3), soit à la place du mandrin du trocart de l'appareil de Potain, soit grâce au dispositif que Sohier a fait réaliser (le tube constitue le trocart et l'aiguille à ponction du foie, le mandrin)...

Nous plaçons ainsi deux tubes côte à côte qui sont fixés à la paroi par l'artifice suivant : on fait traverser à l'extrémité distale des tubes une rondelle de caoutchouc mousse, elle-même fixée à la peau par un adhésif. Les tubes souples peuvent ainsi osciller tout en restant en place, ce qui réalise une condition optimum de sécurité pour le parenchyme hépatique.

Dès le lendemain, le sujet peut se lever. Le rythme du traitement *hebdomadaire* est alors le suivant :

LUNDI : Lavage au sérum additionné d'antibiotiques et injection de dornokinase (une ou deux ampoules).

MARDI : Lavage, injection d'antibiotiques, d'émétine (6 cg) et de diodone, puis radiographie dans les quatre heures qui suivent (la diodone disparaît après la quatrième heure).

JEUDI et SAMEDI : Lavage, injection d'antibiotiques et d'émétine.

Ce traitement ambulatoire ne nécessite pas l'hospitalisation du malade, ce qui présente en milieu ultra-marin des avantages considérables.

Deux autres procédés d'aspiration ont été essayés et ne nous ont pas donné satisfaction :

- 1° - L'aspiration continue suivant le procédé de Redon ;
- 2° - L'injection, goutte à goutte, de sérum additionné d'antibiotiques par l'un des tubes, cependant que, par l'autre, était pratiquée une aspiration continue et douce.

Nous avons abandonné ces méthodes en raison de la très grande difficulté de régler le goutte à goutte et surtout le degré de dépression, d'où apparition d'hémorragies provenant des parois de l'abcès et parfois même de cholérages secondaires. Enfin l'impossibilité de faire lever le malade d'où la nécessité d'une hospitalisation prolongée.

A ce traitement local, a été associé, chez nos neuf malades, un traitement général à base d'émétine, de bévérine, strychnine, terramycine (2 g.) et vitamine K.

Ajoutons que pour chacun d'eux la leucocytose, la vitesse de sédimentation, le chiffre des globules rouges ont été régulièrement mesurés et reportés sur des courbes.

Nos neuf malades (4 Européens, 5 Africains) ont guéri sans incidents après une aspiration discontinue poursuivie en moyenne pendant vingt-cinq jours (8 jours dans le cas le plus favorable, 40 jours dans le cas le plus long). Ils se sont tous levés dès le lendemain de la mise en place des tubes.

L'examen direct du pus de l'abcès a mis en évidence l'absence de germes microbiens et d'amibes, la culture était stérile après trois jours. Cependant, dans l'observation VII, nous avons noté la présence de colibacilles (chez ce sujet, ancien dysentérique, l'abcès s'est constitué au décours d'une fièvre typhoïde) et dans l'observation X, ont été observées de rares colonies de staphylocoques.

Tous les abcès, sauf un, siégeaient dans le lobe droit du foie. Deux d'entre eux commençaient à migrer dans l'épigastre (Obs. VII et VIII). Enfin, l'un siégeait au niveau du lobe gauche (Obs. VI), ce qui aurait rendu l'hépatotomie délicate.

Tous dépassaient le volume d'une grosse orange et certains atteignaient le volume d'une tête fœtale.

L'examen des feuilles de température montre une défervescence rapide après les ponctions, et une ascension constante (comme il est classique de le constater), le soir du jour où l'injection de dornokinase a été pratiquée.

La vitesse de sédimentation revient à la normale, en même temps que la leucocytose, ce qui permet de suivre, avec la courbe thermique, l'évolution favorable de l'affection.

On pourrait nous objecter que ce traitement est long, puisque les malades n'ont été guéris en moyenne qu'en 30 jours ; mais les hépatotomies avec résection costale amènent-elles des guérisons plus rapides ? Nous estimons que la méthode que nous proposons, permettant un traitement ambulatoire et ne lésant pas le parenchyme hépatique, favorise au maximum la régénération progressive du foie sans hémorragie, ni cholérragie, tout en permettant une cicatrisation satisfaisante.

Tous ces malades ont été revus ultérieurement. Ils étaient en excellent état général et local et n'avaient pas présenté de nouveaux accidents.

#### OBSERVATION N° 4

M. C... Jean-Pierre, Européen de 43 ans, Administrateur des Colonies.

Hospitalisé le 9-11-1953 avec le diagnostic d'hépatite amibienne suppurée.

Le malade a été évacué d'Atar (Mauritanie) dans un très mauvais état général.

C'est un ancien dysentérique connu. Il a fait de nombreux séjours en Indochine, dont l'un de 13 ans sans rentrer (1936-1949).

Son dernier traitement émétinien remonte à 1951.

Son dernier accident dysentérique remonte à 1953.

L'affection actuelle a débuté il y a une semaine avec tous les signes classiques d'une hépatite amibienne suppurée :

- Température oscillante (39-40) avec Pouls à 120
- Gros foie douloureux spontanément et à la palpation ; on relève un point douloureux exquis dans le 8<sup>e</sup> espace sur la ligne axillaire antérieure.
- L'hémogramme montre :

G.R. : 4.000.000

G.B. : 27.500 avec 80 % de Poly.

Un examen radiologique révèle :

Gros foie dont le pôle inféro-externe arrive à deux travers de doigts au-dessous de la ligne des crêtes. Importante surélévation de l'hémicoupe diaphragmatique droite, qui est immobile. Image en cheminée de la base pulmonaire droite remontant vers le hile. Petite réaction pleurale, avec comblement du sinus costo-diaphragmatique.

Le 9-11-1953 :

1<sup>re</sup> Ponction : On pénètre dans une cavité dont on retire 500 cc de pus « chocolat » à 8 cm de profondeur.

Son examen bactériologique montrera, selon la coutume :

- Examen direct : ni amibes, ni microbes
- Culture : stérile après 48 h.

On lave la cavité au sérum Pénicilliné, Streptomyciné.

On laisse à demeure :

Pénicilline : 1.000.000

Streptomycine : 1 gr.

Dornokinase : 1 ampoule

2<sup>e</sup> Ponction : On retire 500 cc. de pus moins onctueux et plus rougeâtre.

On lave.

On laisse à demeure :

Antibiotiques,  
Diodone (2 ampoules).

L'examen radiologique (Dr Pellegrino) montrera : un volumineux abcès du foie en bissac ; les 2 poches à grands axes sensiblement verticaux communiquant largement. La hauteur totale de l'abcès est de 18 cm. environ ; sa largeur de 4 cm. Hépatomégalie importante. Le diamètre phréno-apical est de 28 cm. ; le diamètre phréno-rachidien de 26 cm. ; hémicoupe diaphragmatique droite surélevée et immobile ; sinus costo-diaphragmatique comblé.

Le 13-11-1953 :

3<sup>e</sup> Ponction : On lave, on injecte Pénicilline et Streptomycine in situ.

Le 20-11-1953 :

4<sup>e</sup> Ponction : On lave, on injecte :  
Pénicilline,  
Streptomycine,  
1 ampoule de Diodone.

Radiographie : Le volume de l'abcès a augmenté dans sa largeur, les dimensions verticales restent les mêmes.

Le 24-11-1953 :

5<sup>e</sup> Ponction : Devant la quantité de pus retiré, on décide de substituer aux ponctions un drainage par tubes en polythène. Deux tubes sont introduits à l'aide d'un trocard et fixés à la paroi par l'artifice suivant. On fait traverser aux tubes une rondelle de caoutchouc mousse, elle-même fixée à la peau par du leucoplast.

On essaye une aspiration continue, l'un des tubes étant relié à un aspirateur et l'autre à un bock rempli d'un mélange de sérum physiologique et d'antibiotiques.

Ce procédé théoriquement satisfaisant ne se montre pas heureux en pratique, aussi agit-on de la façon suivante :

Tous les jours, lavage au sérum Pénicilliné-Streptomyciné.

Un jour sur deux, on laisse à demeure une ampoule de Dornokinase.

Une fois par semaine, on laisse à demeure une ampoule de Diodone, et on pratique une radiographie de contrôle.

Plus tard, on emploiera le rythme suivant, que nous avons adopté par la suite :

Lavage de la cavité tous les 2 jours.

Le lundi, on laisse à demeure 1 ampoule de Dornokinase

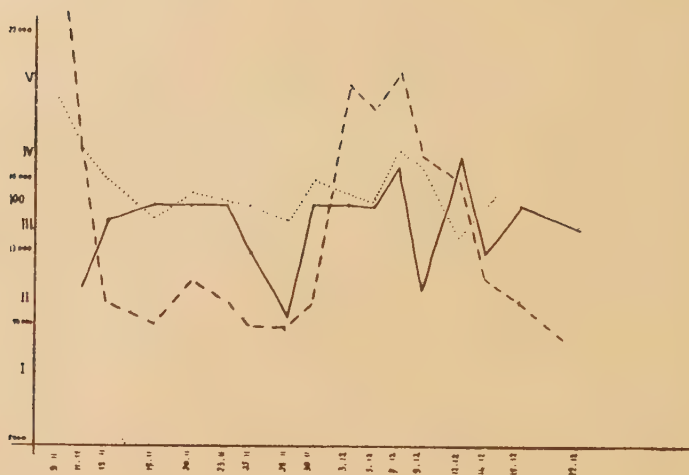
Le mardi, on laisse à demeure 1 ampoule de Diodone  
et on radiographie.

On remarque au cours de ce traitement local les faits suivants :

1<sup>o</sup> Chaque injection de Dornokinase est suivie le soir même d'un clocher thermique. Ce fait, qui avait été bien mis en évidence par les auteurs ayant utilisé ce produit dans les suppurations pleurales, est donc confirmé au cours de son emploi dans les suppurations hépatiques ;

2<sup>o</sup> Chaque ascension thermique suivant l'injection de Dornokinase s'accompagnera, 3 jours après, d'une augmentation sensible de la vitesse de sédimentation.

Concurremment à ce traitement local, on institue un traitement par : une série d'injections d'Emétine (6 cgr.) associée à de la Bévi-



10.11.55



20.11.55



23.11.55



2.12.55



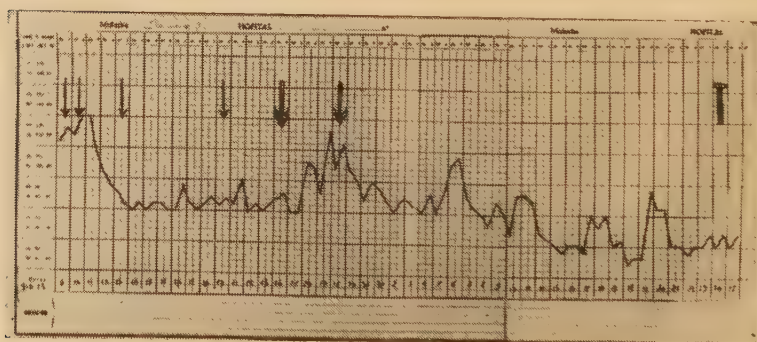
10.12.55



16.12.55



26.12.55



ponction



mise en place des tubes  
en matière plastique



ablation des tubes

tine et de la Strychnine, 2 gr. par jour de Terramycine, de la Vitamine K.

La fièvre ira diminuant, et l'état général s'améliorera.

Le 28 Novembre, on retire l'un des deux tubes de Polythène et on place un autre tube à la partie déclive de l'abcès.

Le 24 Décembre, les tubes sont retirés, après opacification de la cavité résiduelle (voir schéma).

Le malade ira s'améliorant de jour en jour ; le trajet des tubes se cicatrisera en quelques jours. Le malade sera suivi plusieurs mois, et revu chaque année.

Il aura été hospitalisé 45 jours.

Il aura subi 5 ponctions.

Il aura été drainé par tubes : 1 mois.

### OBSERVATION N° 5

M... Moussa, homme de 30 ans environ, Africain de race Soudanaise.

Hospitalisé le 27-2-1954.

Le sujet, qui est Maréchal des Logis dans l'Artillerie coloniale, entre avec le diagnostic « d'occlusion intestinale ».

En fait il s'agit d'un malade qui présente, outre du météorisme abdominal, sans arrêt des gaz, un très gros foie douloureux avec fièvre.

La région sous-hépatique est également douloureuse sans empâtement ni contracture.

L'ébranlement du foie est douloureux (signe de Blanc et Bordes) sans qu'on puisse déceler un point douloureux exquis en palpant sa zone de projection.

Il s'agit d'un ancien dysentérique amibien, confirmé, et traité en Indochine.

Un hémogramme pratiqué à l'entrée montre : 14.440 leucocytes et trois jours après leur chiffre montera à 22.000.

La fièvre oscille entre 38° et 39°.

Une radioscopie montre : un foie un peu gros et un sinus costo-diaphragmatique droit un peu aigu ; les mouvements de l'hémicou-pole diaphragmatique droite sont normaux.

Le diagnostic d'hépatie suppurée est à envisager, et on décide de pratiquer une ponction du foie.

Les examens des selles et des urines sont normaux.

Le 6-3-1954 :

1<sup>re</sup> Ponction : « au lieu d'élection », c'est-à-dire :

1° Dans le 8<sup>e</sup> espace, à l'intersection de la ligne axillaire antérieure (à deux travers de doigts en dehors de la ligne mamelon-naire) et d'une horizontale menée à trois travers de doigts au-dessous de l'appendice xiphoïde ;

2° L'aiguille est inclinée à 45° en dehors du plan sagittal et à 30° au-dessous du plan horizontal.

On retire 30 cc de pus blanc jaunâtre.

Son examen bactériologique montrera :

— A l'examen direct : absence d'amibes, quelques germes immobiles sous forme de bacilles gram +

— A la culture : culture stérile après 3 jours.

On lave au sérum Pénicilliné-Streptomyciné.

On laisse à demeure :

Antibiotiques : 1 million d'unités de pénicilline  
1 gr. de Streptomycine  
Emétine : 6 cgr.  
Dornokinase : 1 ampoule.

Le 7-3-1954 :

2<sup>e</sup> Ponction : On retire 35 cc. de pus plus fluide que la veille, et rougeâtre.

On lave.

On laisse à demeure : antibiotiques, émétine, Diodone.

Une radiographie montrera : un abcès du volume d'une mandarine au centre du lobe droit du foie. Le foie est augmenté de volume par rapport au premier examen. (Voir schéma).

Le 13-3-1954 :

3<sup>e</sup> Ponction : Identique à la 1<sup>re</sup> : on retire 40 cc. de pus.

Le 14-3-1954 :

4<sup>e</sup> Ponction : Identique à la 2<sup>e</sup> : on retire 50 cc. de pus.

Le 19-3-1954 :

5<sup>e</sup> Ponction : Identique à la 1<sup>re</sup> : on retire 50 cc. de pus.

Le 20-3-1954 :

6<sup>e</sup> Ponction : Identique à la 2<sup>e</sup> : on retire 55 cc. de pus.

On décide de drainer cet abcès, qui diminue trop lentement en volume, par des tubes en polythène. Cette décision est prise, le malade ne s'améliorant pas assez vite à notre avis et sa température restant subfébrile, et ceci malgré une série d'Emétine 6 cgr. pendant 10 jours (associée à la Strychnine : 1 milligr. et à la Béviténe). Et un traitement de 2 gr. par jour de Terramycine.

Le 25-3-1954, sous anesthésie locale : mise en place de 2 tubes en polythène n° 3.

On retire 60 cc. de pus plus ou moins bien lié.

Tous les jours, puis tous les 2 jours, on lavera la cavité de l'abcès au sérum Pénicilliné et Streptomyciné.

Tous les lundis, on laissera à demeure : 1 amp. de Dornokinase.

Tous les mardis, on laissera à demeure : 1 amp. de Diodone. -

Et on pratiquera une radiographie de contrôle.

On fera de fréquents contrôles de la vitesse de sédimentation, accompagnées de numérations blanches. (Voir la courbe).

Début mai, le malade allant de mieux en mieux, et l'abcès diminuant de volume, on décide de retirer le drainage.

Le 8-5-1954 :

Ablation des tubes de polythène, en laissant à demeure et dans le trajet des tubes :

1 million d'unités de Pénicilline et 1 gr. de Streptomycine.

Le trajet des tubes cicatrisera en 2 ou 3 jours (selon la coutume).

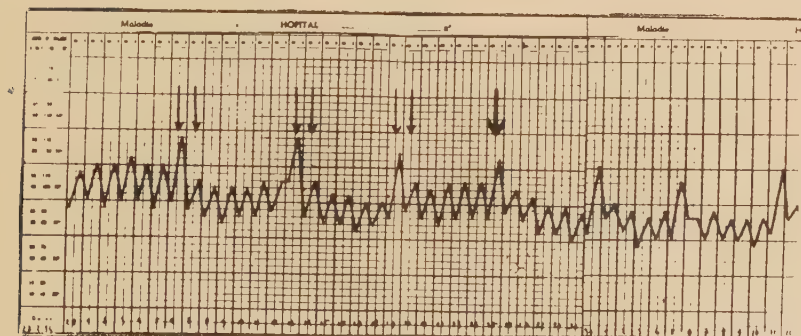
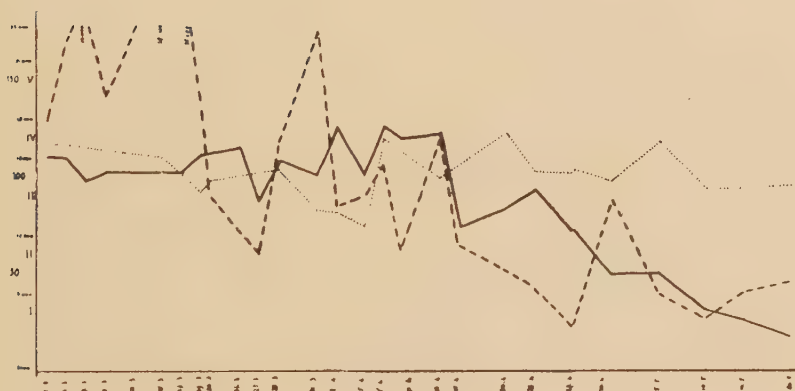
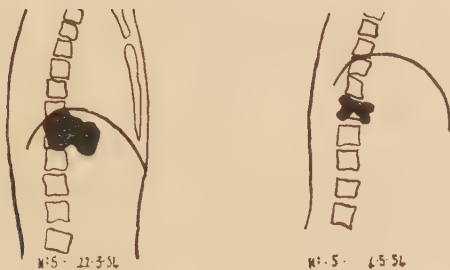
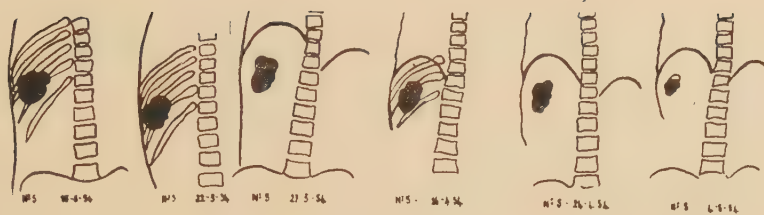
Le malade quitte l'hôpital en parfait état le 29 Mai ; son séjour hospitalier étant allongé de 15 jours au moins pour des raisons administratives.

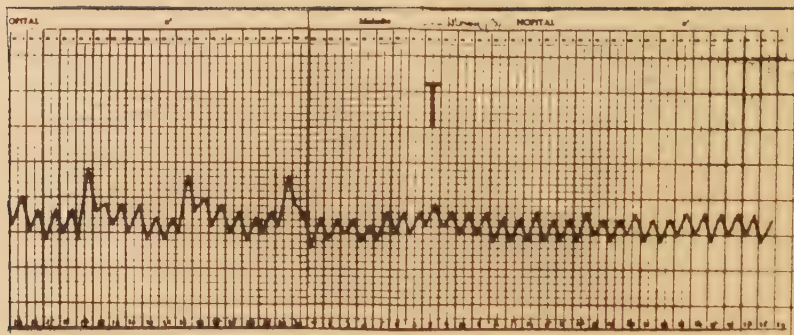
Il sera suivi et visité hebdomadairement pendant 2 mois.

Il aura été hospitalisé 3 mois.

Il aura subi 6 ponctions.

Il aura été drainé par tubes de polythène 45 jours.





### OBSERVATION N° 6

M. B..., homme de 30 ans, Européen.

Entré le 4-6-1954 à l'Hôpital pour « Syndrome épigastrique douloureux, accompagné de diarrhée sanglante et de température ».

Un transit gastrique pratiqué 2 jours avant l'hospitalisation montrait un estomac dilaté sans lésions pariétales.

A l'examen, le malade présente une tuméfaction épigastrique, paramédiane gauche.

Un nouvel examen radiologique montre un refoulement vers la gauche de l'estomac sans lésions des parois, mais avec image de compression extrinsèque de la petite courbure.

Entre temps la leucocytose, qui était de 11.680 à l'entrée, s'élève progressivement jusqu'à 21.520.

L'examen des selles montre : présence d'amibes hématophages et de kystes de *Lamblia*.

La tuméfaction épigastrique est mâte, chaude, douloureuse.

La percussion du foie le montre un peu gros et douloureux à l'ébranlement.

On ne note pas de point douloureux exquis à droite au niveau de l'aire de projection hépatique.

On pense à un abcès du lobe gauche du foie et on décide une ponction.

Le 23-6-1954 :

1<sup>re</sup> Ponction : On ponctionne au rebord chondro-costal gauche, à trois travers de doigts à gauche de la ligne médiane. L'aiguille vise la pointe de l'omoplate gauche. A 6 cm. de profondeur, on pénètre dans une cavité dont on retire 60 cc. de pus « chocolat ».

L'examen bactériologique du pus montre :

a) absence de germes à l'examen direct ;

b) culture stérile après 3 jours.

Lavage de la cavité au sérum Pénicilliné.

On laisse à demeure :

1 million d'U. de Pénicilline,

1 gr. de Streptomycine,

1 ampoule de Dornokinase.

Le 24-6-1954 :

2<sup>e</sup> Ponction : On retire 200 cc. de pus plus fluide.

Lavage de la cavité.

On laisse à demeure :

1 million d'U. de Pénicilline,

1 gr. de Streptomycine,

1 ampoule de Diodone.

Une radiographie montre que l'abcès a le volume d'une orange, de contour irrégulier ; qu'il se projette au niveau de l'hypochondre gauche au-dessus du colon transverse.

Le 28-6-1954 :

3<sup>e</sup> Ponction : On retire 100 cc. de pus.

On lave.

On laisse à demeure : antibiotiques et Dornokinase, comme lors de la 1<sup>re</sup> ponction.

Le 29-6-1954 :

4<sup>e</sup> Ponction : On retire 60 cc. de pus.

On lave.

On laisse à demeure : antibiotiques et Diodone, comme lors de la 2<sup>e</sup> ponction.

Une radiographie montre, associée à une ingestion de bouillie barytée, que l'abcès se projette sur la verticale de la petite courbure de l'estomac, déterminant une compression qui plisse la muqueuse gastrique ; l'angle de la petite courbure est très ouvert.

De profil : l'abcès se projette en avant de l'estomac.

Un nouvel examen radiologique — 7 heures après le premier — montre que l'abcès est toujours opacifié, et qu'il se situe en avant et en dehors de l'angle gauche du colon. L'abcès n'a pas de rapport avec le colon transverse proprement dit.

Il s'agit donc d'un abcès localisé au lobe gauche du foie.

Le 2-7-1954 :

5<sup>e</sup> Ponction : Celle-ci retire 60 cc. de pus. On décide alors de placer dans l'abcès 2 tubes de polythène n° 3 ; ce qu'on réalise sous anesthésie locale.

On essaye une irrigation continue par un goutte à goutte avec du sérum Pénicilliné-Streptomyciné par l'un des tubes, une aspiration continue étant réalisée par l'autre tube.

Cette technique est poursuivie 48 heures, puis on l'abandonne, le résultat n'étant pas concluant et le malade désirant à tout prix se lever.

Le 5-7-1954 :

Lavage, injection d'antibiotiques et de Dornokinase.

Le 6-7-1954 :

Lavage, injection d'antibiotiques et de Diodone.

L'abcès se montre mal opacifié. Le produit opaque passe dans la circulation et opacifie reins et vessie.

Le 8-7-1954 :

On ne retire que peu de liquide et d'aspect séro-hématique.

L'hémogramme est satisfaisant :

G.R. : 3.450.000

G.B. : 7.480

On retire un drain en polythène.

Le 10-7-1954 :

On retire le dernier drain, en injectant 1 million d'unités de Pénicilline et 1 gramme de Streptomycine dans la cavité résiduelle et dans le trajet du drain.

Le 12-7-1954 :

Absence de température ; hémogramme satisfaisant :

G.R. : 3.580.000

G.B. : 7.920

Le sujet sort de l'hôpital le 17-7-1954, après une radiographie de contrôle, qui ne montre qu'une légère voussure antérieure de l'hémi-diaphragme gauche.

Le sujet sera revu régulièrement pendant 2 mois.

Au cours de son hospitalisation il a reçu :

— une série d'Emétine - Béviténe - Strychnine ;

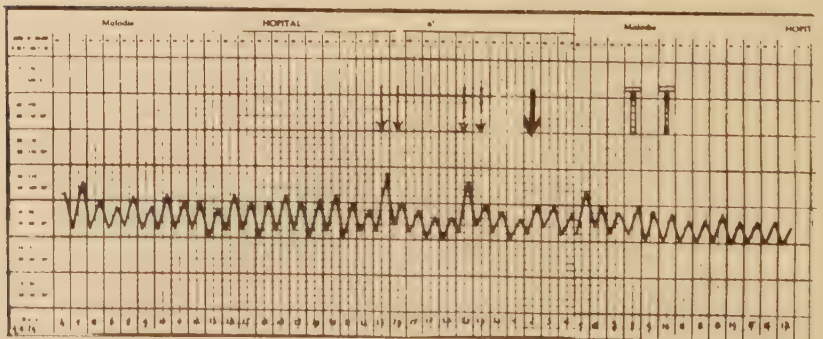
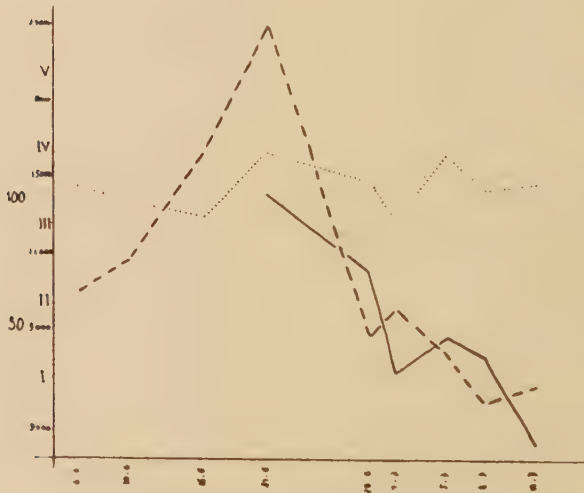
— de la Vitamine K ;

— quelques tonicardiaques et protecteurs de la cellule hépatique.

Le malade est donc resté hospitalisé 42 jours.

Il a reçu 5 ponctions.

Il a été drainé par tube en polythène 8 jours.



## OBSERVATION N° 7

T... Saïd, homme de 39 ans, Cypriote, commerçant.

Hospitalisé le 1-11-1954 dans un service de médecine, pour syndrome douloureux abdominal avec température, consécutif à un refroidissement.

On relève dans les antécédents pathologiques du malade :

- une dysenterie amibienne il y a 5 ans,
- quelques poussées douloureuses vésiculaires,
- de fréquents accès de paludisme.

Le sujet se présente avec le faciès d'un infecté, avec un foie gros et douloureux ; sans autre atteinte des différents appareils ;

T.A. : 15.8.

Le 3-11-1954 :

Deux jours après son entrée à l'hôpital, le malade présente un clocher thermique à 40° 2, avec douleurs intenses de l'hypochondre droit ; l'inspiration profonde augmente les douleurs qui s'irradient à la fosse iliaque droite.

A cette date l'hémogramme montre :

G.B. : 18.000 avec 80 % de Poly.

V.S. : 79 - 109.

Pas d'hématozoaires.

Les urines sont chimiquement et bactériologiquement normales.

L'hémoculture : négative.

Deux séro-diagnostic révèlent,

au 14<sup>e</sup> jour de la maladie :

— le 5-11-1954 :

Eberth O : 1/800

H : 1/4.000

— le 8-11-1954 :

Eberth O : 1/100

H : 0

On décide l'entrée du malade dans un service de chirurgie.

Le malade fait un mélæna d'intensité moyenne. On le traite à la Tifomycine associée à la cortisone.

Une radiographie montre un gros foie, un épanchement pleural droit, un pneumo-péritoine sous les deux hémicoupoles.

Le 13-11-1954 :

Une ponction pleurale à la base droite ramène un peu de liquide séreux.

Examen bactériologique : pas de germes.

Culture : stérile.

Le 19-11-1954 :

Le ventre est légèrement météorisé mais reste souple, les douleurs de l'hypochondre droit augmentent, le foie est gros.

On pense à une hépatite amibienne suppurée, développée dans les suites d'un épisode Eberthien sans qu'on puisse dire cliniquement si cet abcès est une complication d'une fièvre typhoïde... ou un abcès amibien suite d'une amibiase réveillée par l'épisode Eberthien (symbiose bactérienne et amibienne). De toute façon, la ponction du foie est décidée.

Le 22-11-1954 :

1<sup>re</sup> Ponction : Au lieu d'élection, le sujet ne présente pas un point douloureux précis (8<sup>e</sup> espace, ligne axillaire antérieure).

A 5 cm. de profondeur, on pénètre dans une cavité dont on retire 100 cc. d'un pus mal lié, de couleur jaune-soufre.

On lave au sérum Pénicilliné-Streptomyciné.

On laisse à demeure :

Pénicilline : 1 million d'unités

Streptomycine : 1 gr.

Dornokinase : 1 ampoule.

L'examen du pus révèle une flore microbienne abondante.

Sa culture montre la présence de coli et Protéus.

Le 23-11-1954 :

2<sup>e</sup> Ponction : On retire 130 cc. d'un liquide séro-purulent.

On lave.

On laisse à demeure : antibiotiques et 1 amp. de Diodone.

Radiographie : abcès du lobe droit, de la grosseur d'un gros pamplemousse. (Voir schéma).

Le 25-11-1954 :

3<sup>e</sup> Ponction : On retire 130 cc. d'un liquide séro-purulent.

On lave.

On laisse à demeure : antibiotiques et Dornokinase (comme lors de la 1<sup>re</sup> ponction).

L'examen du pus montrera :

Examen direct : pas d'amibes ; cocci gram + et —.

Culture : colibacilles.

Le 26-11-1954 :

4<sup>e</sup> Ponction : On retire 135 cc. d'un pus séro-purulent et sanglant.

On lave.

On laisse à demeure : antibiotiques et Diodone (comme lors de la 2<sup>e</sup> ponction).

Radiographie : l'abcès a un peu diminué de volume.

L'état général restant mauvais, la température persistant, et étant donné la qualité du pus (colibacille) et le volume de la cavité, on décide de substituer un drainage par tubes aux ponctions.

On parle d'hépatotomie possible au malade... Il se montre réticent.

Le 28-11-1954 :

Sous anesthésie locale, mise en place de 2 tubes de polythène n° 2.

Ultérieurement, le traitement consistera selon la règle que nous nous sommes imposée en :

Lavage tous les jours, puis tous les 2 jours au sérum Pénicilliné et Streptomyciné.

Tous les lundis — après le lavage — injection d'antibiotiques et de Dornokinase.

Le lendemain — après le lavage — injection d'antibiotiques et de Diodone.

Radiographie de contrôle.

Le 29-12-1954 :

On placera facilement 2 tubes en polythène n° 3.

A noter que le 8-12, l'examen bactériologique du pus montre :

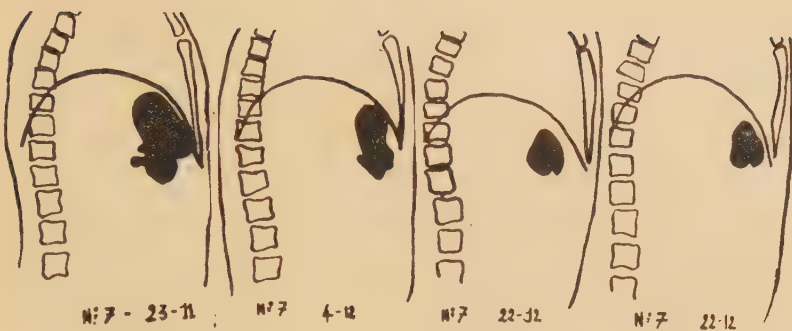
— à l'examen direct : pas d'amibes, pas de germes visibles ;

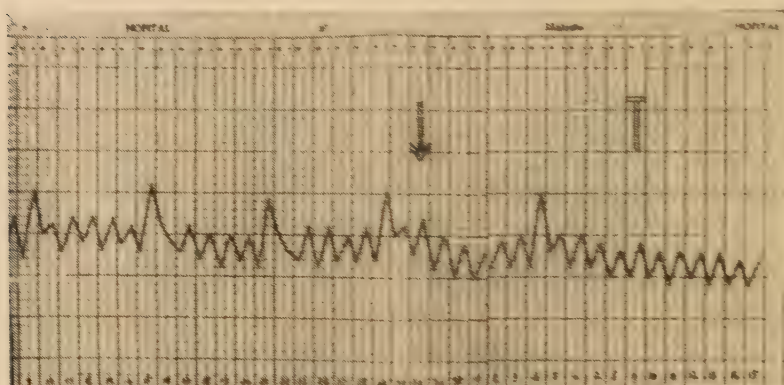
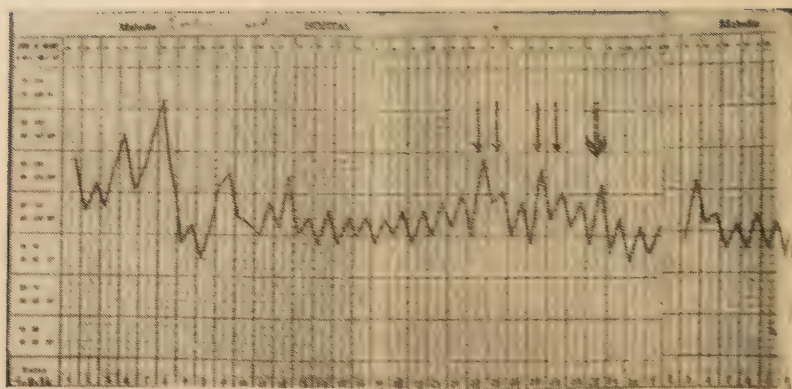
— à la culture : colibacille.

Pendant ce temps, traitement par Tifomycine, puis Erythromycine, Streptomycine, Vitamine K, etc..., ainsi qu'une série d'Emétine associée à de la Strychnine et de la Béviténe.

Le 9-1-1955 :

L'état général étant bon, le malade apyrétique, et les radiographies satisfaisantes, on retire les tubes en injectant dans la cavité





résiduelle très diminuée, et dans le trajet des tubes : 1 million d'unités de Pénicilline et 1 gr. de Streptomycine.

Le trajet des tubes cicatrise en quelques jours

Le 15-1-1955 :

- Le sujet quitte l'hôpital en bon état.
- Il sera suivi plusieurs mois.
- Il aura été hospitalisé 2 mois et demi.
- Il aura subi 4 ponctions.
- Il aura été drainé par tubes 40 jours.

#### OBSERVATION N° 8

D... Schériiff, homme Africain de race Ouoloff, environ 40 ans.

Hospitalisé le 14-3-1955 pour tuméfaction épigastrique.

Il s'agit d'un fonctionnaire qui arrive de l'hôpital psychiatrique, où il a été traité pour schizophrénie.

L'examen clinique montre un sujet en très mauvais état général. Température, 39°.

Il présente un très gros foie et une tuméfaction épigastrique.

Cette tuméfaction est hémisphérique, de la grosseur d'une tête fœtale, fluctuante, chaude et douloureuse.

Le malade a présenté dans les années précédentes des accidents intestinaux qui peuvent, cliniquement, s'interpréter comme des poussées dysentériques.

L'étude du sang montre entre autres résultats :

G.R. : 2.320.000

G.B. : 20.000

Poly neutro : 75

L'examen des selles est négatif ; l'examen chimique des urines également.

Il s'agit donc de toute évidence d'un abcès épigastrique, d'origine hépatique, sans qu'on puisse dire si l'abcès a quitté la glande hépatique ou s'y trouve encore.

Une radiographie gastro-duodénale, après ingestion de baryte, montre un estomac refoulé à gauche et en bas ; la petite courbure circonscrivant la tuméfaction. Le colon transverse borde la tuméfaction en bas. L'opacité du foie le montre très gros, sans discontinuité, avec l'opacité de la tuméfaction.

Le 18-3-1955 :

1<sup>re</sup> Ponction : On la pratique, sous anesthésie locale, à 6 cm. sous l'appendice xiphoïde, paramédiane gauche.

On retire 650 cc de pus « chocolat au lait », inodore. Selon la coutume, l'examen bactériologique du pus montrera :

a) absence de germes et d'amibes à l'examen direct ;

b) culture stérile après 48 heures.

On lave la cavité au sérum Pénicilliné-Streptomyciné.

On laisse à demeure :

1 million d'unités de Pénicilline

1 gr. de Streptomycine

2 ampoules de Dornokinase.

Le 19-3-1955 :

La température est à 39° 5, ce qui est normal après l'injection in situ de Dornokinase.

2<sup>e</sup> Ponction : On retire 350 cc. de pus « chocolat au lait » plus clair que la veille.

On lave.

On laisse à demeure :

1 million d'unités de Pénicilline

1 gr. de Streptomycine

2 ampoules de Diodone.

Une radiographie montre un volumineux abcès de la région épigastrique, dont l'aire d'opacification se projette dans l'opacité hépatique et semble la déborder un peu en bas.

La fièvre est tombée à 37° cinq jours après la première ponction, elle s'y maintiendra sauf quelques clochers à 38° 5-39° dans les heures qui suivront les injections de Dornokinase dans la cavité de l'abcès ; ce qui est la règle.

Le 20-3-1955 :

3<sup>e</sup> Ponction : Même technique qu'à la première ponction.

Lavage ; injection d'antibiotique, Emétine et Dornokinase.

Le 21-3-1955 :

4<sup>e</sup> Ponction : On met en place 2 tubes de polythène.

On lave et on injecte, comme lors de la 2<sup>e</sup> ponction, antibiotiques,

Emétine et Diodone.

On essaye une irrigation continue par l'un des tubes avec aspiration continue, puis intermittente par l'autre. Après 4 jours, on cesse cette technique qui ne donne pas pratiquement de résultats satisfaisants.

Le malade sera traité selon la règle que nous nous sommes donnée.

Lavage au sérum Pénicilliné-Streptomyciné tous les jours, puis tous les 2 jours. A chaque lavage on laisse à demeure :

Pénicilline : 1 million d'U.

Streptomycine : 1 gr.

Emétine : 6 cgr.

Tous les 5 jours, en plus du mélange sus-décrit, on laisse à demeure 2 ampoules de Dornokinase, et le lendemain, après lavage et après injection d'antibiotiques et d'Emétine, une ampoule de Diodone à 50 %.

En sus de ce traitement local, le malade reçoit :

— une série d'Emétine (6 ctgr.), Strychnine (1 milligr.), Bévitrine (1 ampoule), pendant 10 jours ;

— de la Vitamine K (per os).

Enfin, numération globulaire, formule leucocytaire, vitesse de sédimentation sont pratiquées en série, pour suivre l'évolution de l'abcès.

Les tubes seront retirés le 12-4-1955 ; le trajet cicatrise en quelques jours.

Le sujet quitte l'hôpital guéri, le 18-4-1955.

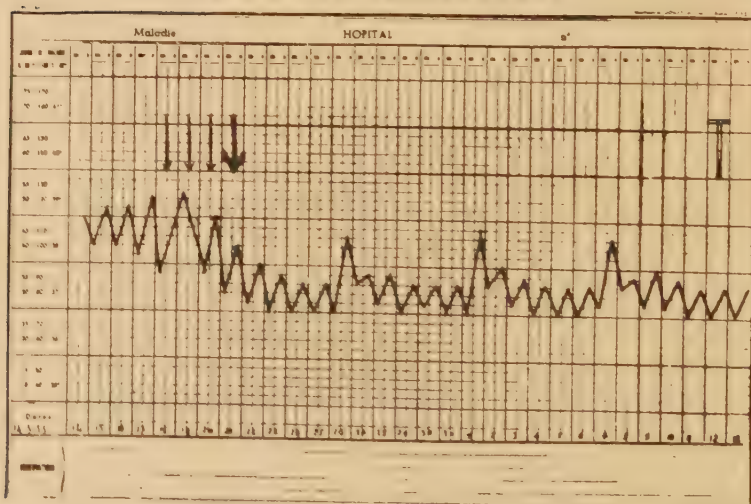
Il sera surveillé cliniquement pendant plusieurs mois.

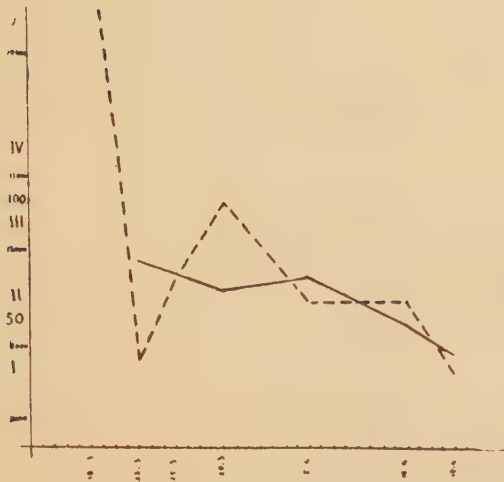
Le sujet aura donc été hospitalisé 35 jours.

Il aura subi 4 ponctions.

Il aura été drainé par tubes de polythène 23 jours.

## FEUILLE DE TEMPERATURE





#### OBSERVATION N° 9

N... Mamadou, homme de 25 ans, Africain de race Sarakolé.

Entre à l'hôpital le 25-4-1956.

Il s'agit d'un homme amaigri et asthénique, dont la maladie a débuté il y a 8 jours par de la fièvre et des douleurs de l'hypochondre droit.

L'examen montre un gros foie, douloureux à la palpation et à l'ébranlement.

Un point douloureux exquis est relevé dans le 9<sup>e</sup> espace intercostal droit, sur la ligne axillaire antérieure.

La rate est percutable mais non palpable.

Le reste de l'abdomen est normal.

Etat saburral des voies digestives.

Température : 38° 2 - 39° 4.

Pouls : 92.

Tension artérielle : 9/4.

Les autres appareils sont normaux.

Un examen radioscopique révèle que l'hémicoupe diaphragmatique droite est surélevée.

Examens de laboratoires :

— Examen des selles : présence d'œufs d'ascaris, absence d'amibes ;

— Examen des urines : ni sucre, ni albumine.

On relève dans l'hémogramme :

G.R. : 2.950.000

G.R. : 8.400

Poly neutro : 58 %

Le diagnostic d'hépatite suppurative est suspecté et on décide de ponctionner.

Le 25-4-1956 :

1<sup>re</sup> Ponction du foie, au niveau du point douloureux sus-décrit.

On ramène 300 cc de pus « chocolat clair ».

On lave au sérum Pénicilliné-Streptomyciné.

On injecte :

Pénicilline : 1 million d'unités

Streptomycine : 1 gr.

Dornokinase : 1 ampoule.

Le 26-4-1956 :

2<sup>e</sup> Ponction. Lavage de la cavité.

Injection de :

Pénicilline : 1 million d'unités

Streptomycine : 1 gr.

Diodone : 1 ampoule.

Le 30-4-1956 :

4<sup>e</sup> Ponction : Même technique qu'à la 1<sup>re</sup> ponction (antibiotiques + Dornokinase).

Le 1-5-1956 :

4<sup>e</sup> Ponction : Même technique qu'à la 2<sup>e</sup> ponction (antibiotiques + Emétine + Diodone).

Le 5-5-1956 :

5<sup>e</sup> Ponction : Même technique qu'à la 1<sup>re</sup> ponction.

Le 6-5-1956 :

6<sup>e</sup> Ponction : Même technique qu'à la 2<sup>e</sup> ponction.

On décide, étant donné le volume de la cavité de l'abcès, d'abandonner les ponctions et de remplacer celles-ci par la mise en place de tubes de polythène à demeure.

Le 8-5-1956 :

Mise en place de 2 tubes de polythène.

Puis, grâce à la présence de ces tubes, le même rythme de traitement est poursuivi, soit un jour : lavage au sérum Pénicilliné-Streptomyciné.

On laisse en place :

1 million d'unités de Pénicilline

1 gr. de Streptomycine

1 ampoule de Dornokinase.

Le lendemain (soit 18 à 20 heures après) lavage.

On laisse en place :

1 million d'unités de Pénicilline

1 gr. de Streptomycine

8 cgr. de chl. d'Emétine

2 ampoules de Diodone.

Radiographie de contrôle le même jour.

Ce traitement se poursuit jusqu'au 31-5-1956, date à laquelle on retire les 2 tubes de polythène, en prenant soin d'injecter le mélange Pénicilline-Streptomycine pour en humecter le trajet.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade a reçu de plus un traitement :

Emétine (6 cgr.), Béviténe, Strychnine : 10 jours

Vitamine K (K thrombyl)

Gluconate de calcium.

Selon la règle, l'examen du pus lors de la 1<sup>re</sup> ponction a été le suivant :

25-4-1956 : absence de germes à l'examen direct.

culture stérile après 48 heures.

24-5-1956 : examen du pus : pus stérile à l'examen direct et à la culture.

Nous reproduisons sur une courbe les examens faits en série.

- Numération rouge
- Numération blanche
- Poly-neutro
- Vitesse de sédimentation.

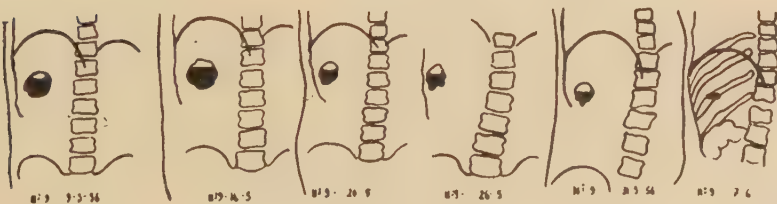
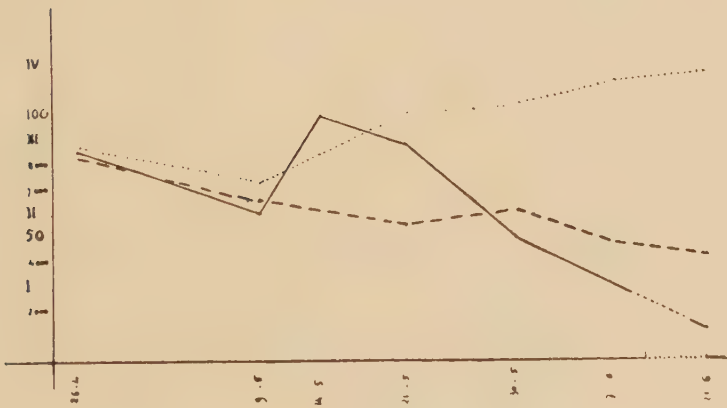
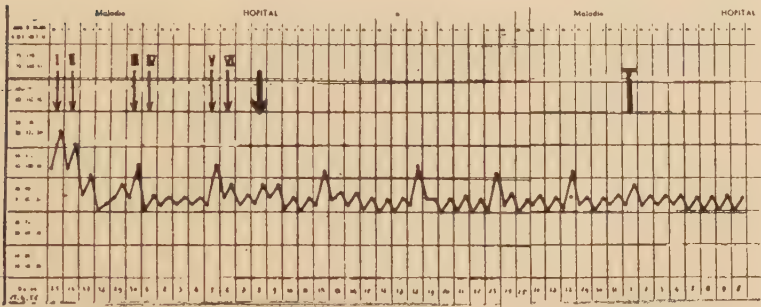
Le malade sort en bonne santé le 8-6-1956, après une semaine de surveillance.

Il aura reçu 6 ponctions en 12 jours.

Il aura gardé les tubes de polythène 23 jours.

Il sera resté un mois et demi à l'hôpital.

Il viendra se faire examiner chaque semaine pendant 2 mois.



OBSERVATION N° 10

A... Faye, homme de 35 ans, Africain de race Sérére.

Entre le 16-5-1956 à l'hôpital.

Le malade, cachectique, présente un état subfébrile 37° 4 - 38°, des troubles digestifs et surtout un gros foie avec tuméfaction épigastrique.

Cette tuméfaction se continue avec le bord inférieur du foie. Elle est chaude, douloureuse, adhérente à la paroi et pseudo-fluctuante. Elle arrive à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Le sujet aurait présenté, il y a quelques mois, un syndrome dysentérique.

On pense qu'il s'agit d'un abcès hépatique, issu du lobe gauche, faisant saillie et migrant vers la paroi.

Un hémogramme révèle :

G.R. : 2.330.000

G.B. : 14.800

Poly neutro : 76 %

V.S. : 1<sup>re</sup> heure : 103

2<sup>e</sup> » : 120

24<sup>e</sup> » : 135

L'examen des urines est normal, ainsi que l'examen des selles.

Azotémie : 0,35 %.

Le 16-5-1956 :

1<sup>re</sup> Ponction : On retire 100 cc. de pus « chocolat ».

Son examen direct montrera : absence de germes.

Sa culture : négative, sauf quelques rares colonies de staphylocoques.

On lave la cavité.

On laisse à demeure :

Pénicilline : 1 million d'unités

Streptomycine : 1 gr.

Dornokinase : 1 ampoule

Diodone : 1 ampoule.

La radiographie montre qu'il s'agit d'un volumineux abcès en bissac du lobe droit.

Le 17-5-1956

2<sup>e</sup> Ponction : On met en place 2 tubes de polythène (calibre : 2,7).

On retire 200 cc. de pus épais.

On lave la cavité.

On laisse à demeure :

Pénicilline : 1 million d'unités

Streptomycine : 1 gr.

Emétine : 6 cgr.

Diodone : 6 ampoules.

(Voir cliché).

Le traitement sera ultérieurement continué au même rythme que celui indiqué dans les précédentes observations, avec une thérapeutique : Emétine - Béviténe - Strychnine : 10 jours, ainsi que de la Vitamine K., etc...

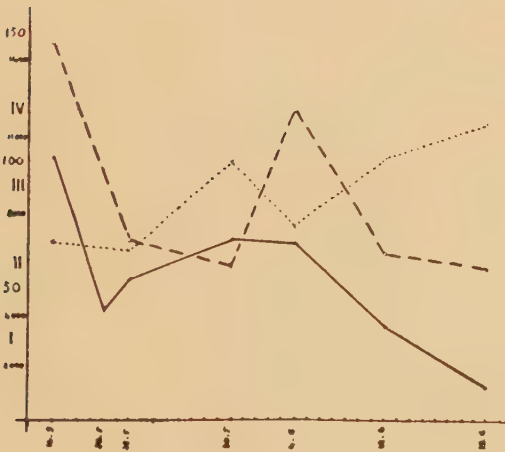
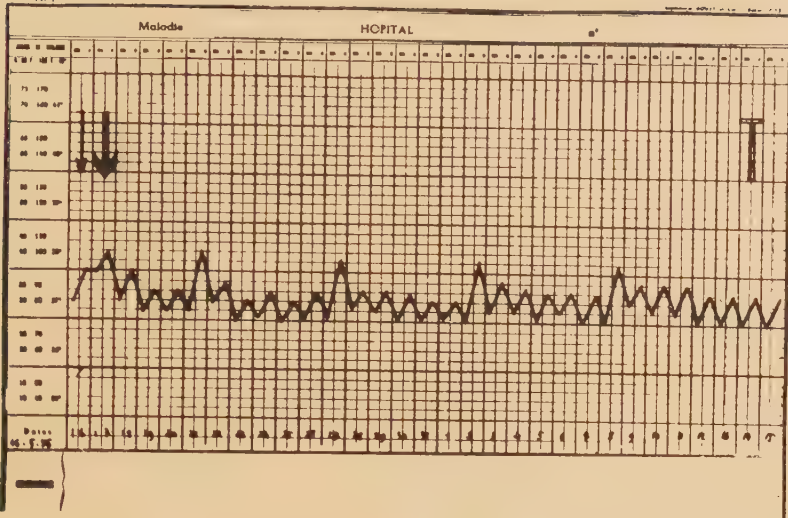
Les tubes seront retirés le 14-6-1956, et le malade surveillé jusqu'au 22-6-1956, date de sa sortie. Il sera surveillé ensuite.

Il aura subi 2 ponctions.

Il aura gardé les tubes 28 jours.

Il aura été hospitalisé 36 jours.

# FEUILLE DE TEMPERATURE



## OBSERVATION N° 11

S... Fodé, homme âgé de 37 ans, Africain de race Bambara.

Entre le 22-10-1955 à l'hôpital.

Le sujet présente un syndrome fébrile avec un gros foie douloureux.

Son affection remonte à 10 jours, selon ses dires, et a débuté par un syndrome dysentérique aigu avec présence de sang dans les selles.

Le sujet est anémié, subictérique, et présente un hoquet tenace.

Température oscillante : 38°-39° 5 ; pouls : 110.

L'examen montre un très gros foie, débordant de six travers de doigts le rebord chondro-costal. Sa palpation et son ébranlement sont douloureux. Une palpation minutieuse ne montre pas de point où la douleur soit exquise.

Les examens de laboratoires sont les suivants :

G.R. : 2.500.000

G.B. : 21.000

V.S. : 1<sup>re</sup> heure : 105

2<sup>e</sup> » : 130

24<sup>e</sup> » : 140

Urée urinaire : 21 gr. ‰

Urée sanguine : 0,50

Réserve alcaline : 44,7 vol. de CO<sub>2</sub> ‰

B.W. : Kleine = 0

Kolmer = 0

Bilan hépatique :

Lipides totaux ..... 1.150 mmgr. ‰

Cholestérol ..... 20 mmgr. ‰

Cholestérol estérifié .... 35 mmgr. ‰

Bilirubine directe ..... 5 mmgr. ‰

Bilirubine indirecte .... 2,3 mmgr. ‰

Mac Lagan ..... 12°

Hanger ..... 0

Kunkel ..... 14° Vernes

Kunkel au Phénol ..... 32° Vernes

Le diagnostic d'hépatite amibienne suppurée est posé.

Le 24-10-1955

1<sup>re</sup> Ponction : On en profite pour faire une biopsie hépatique.

On retire 400 cc. de pus « chocolat ».

Ce pus montrera, selon la coutume :

— absence de germes à l'examen direct,

— pus stérile à la culture.

Le fragment de tissu hépatique révélera : foie congestif au voisinage de l'abcès.

On lave la cavité au sérum Pénicilliné-Streptomyciné.

On laisse à demeure :

Pénicilline : 1 million d'unités

Streptomycine : 1 gr.

Dornokinase : 1 ampoule.

Le 25-10-1955 :

2<sup>e</sup> Ponction : On retire 800 cc. de pus.

On laisse à demeure :

Pénicilline : 1 million d'unités

Streptomycine : 1 gr.

Emétine : 8 cgr.

Diodone : 2 ampoules.

Une radiographie montre un volumineux abcès du lobe droit du foie. (Voir clichés).

Le 1-11-1955 :

3<sup>e</sup> Ponction : On retire 600 cc. de pus plus fluide.

On lave.

On laisse à demeure :

Antibiotiques

Emétine : 8 cgr.

Dornokinase : 2 ampoules.

Le 2-11-1955 :

4<sup>e</sup> Ponction : On retire 650 cc. de pus séro-sanglant.

On lave la cavité.

On laisse à demeure :

Antibiotiques

Emétine.

Diodone : 2 ampoules.

(Voir cliché).

Le 6-11-1955 :

5<sup>e</sup> Ponction : On retire 450 cc. de pus.

Même technique qu'à la 3<sup>e</sup> ponction.

Le 7-11-1955 :

Mise en place de 2 tubes en polythène.

On retire 500 cc. de pus.

On lave.

On laisse à demeure :

Antibiotiques

Emétine

Diodone

(Voir cliché).

Puis le traitement sera continué au même rythme.

Un jour : injection d'antibiotique, d'Emétine, de Dornokinase.

Le lendemain : injection d'antibiotique, d'Emétine, de Diodone.

Puis 4 jours de repos, et reprise.

Pendant son hospitalisation, il aura eu pendant 8 jours une cure : d'Emétine, 6 cgr. ; de Béviténe, Strychnine, Vitamine K (Synkavit), Vitamine B 12 et de l'Hémolybdène.

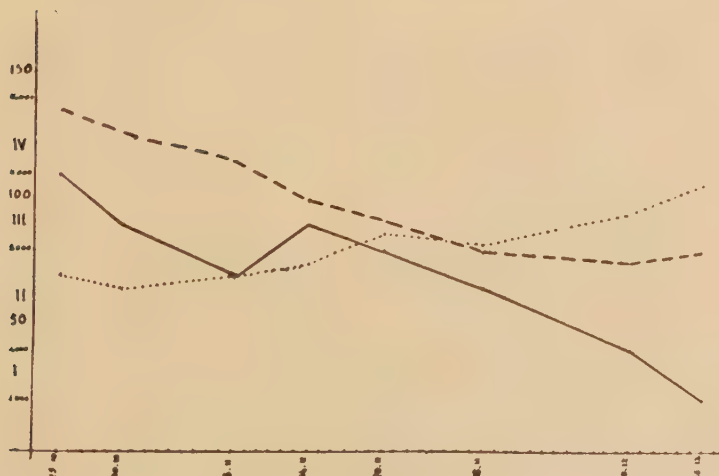
Les tubes sont retirés le 12 Décembre ; le malade gardé en observation une semaine.

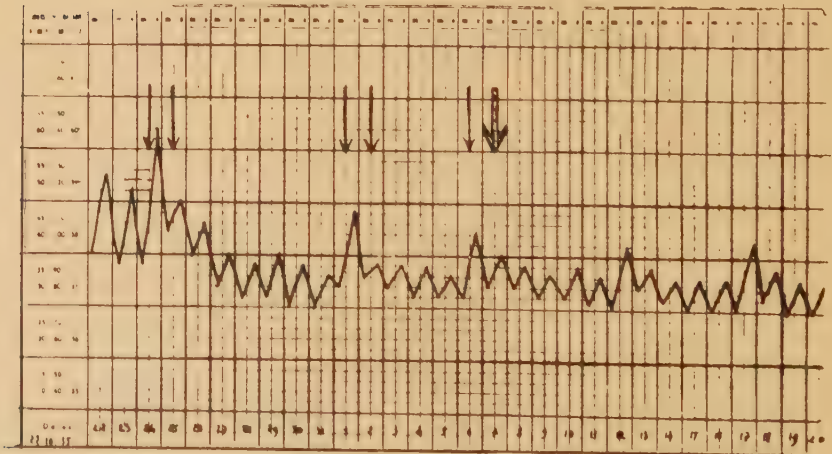
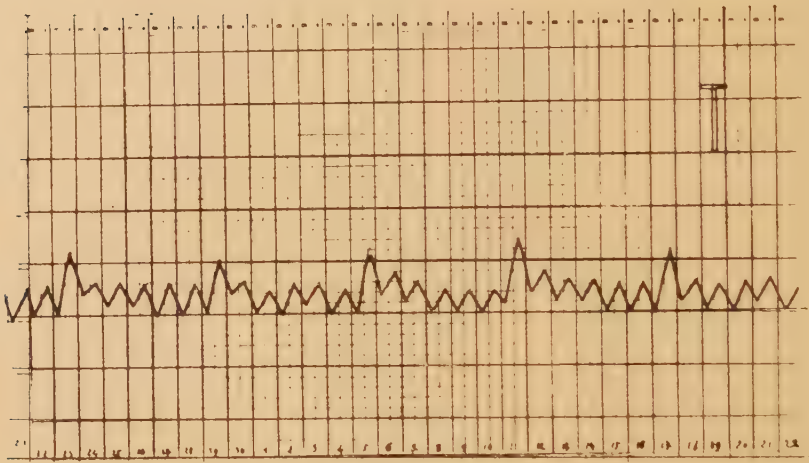
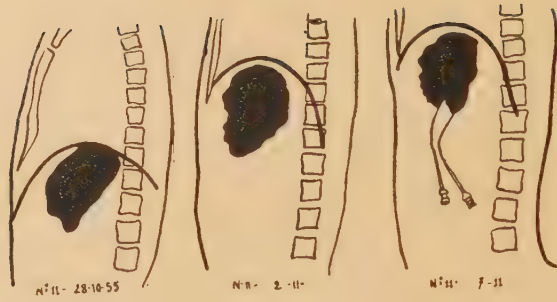
Il sortira le 19-12-1955 et viendra se présenter toutes les semaines à l'examen médical pendant 2 mois.

Il aura reçu 5 ponctions.

Il aura gardé les tubes en polythène 35 jours.

Il aura été hospitalisé 2 mois.







Fièvre, hépatomégalie, point douloureux exquis dans le 8<sup>e</sup> espace, ligne axillaire antérieure.

Un formule sanguine montre :

G.R. : 4.070.000

G.B. : 20.500

Formule leucocytaire :

Poly : 86 %

Mono : 14 %

Le 17-6-1957 :

1<sup>re</sup> Ponction : On retire à 4 cm. de profondeur un pus « chocolat » caractéristique.

Selon la coutume, son examen montrera :

A l'examen direct :

Absence de germes visibles,

Nombreux poly altérés,

Pas d'amibes.

A la culture : culture stérile après 3 jours.

Lors de cette 1<sup>re</sup> ponction, on a pratiqué un lavage au sérum additionné d'antibiotiques, et on a laissé in situ de la Dornokinase.

Le 18-6-1957 :

2<sup>e</sup> Ponction : Même lavage de la cavité de l'abcès et injection de Diodone.

Le 21-6-1957 :

3<sup>e</sup> Ponction : Identique à la première.

Le 22-6-1957 :

4<sup>e</sup> Ponction : Identique à la seconde.

On se décide pour la mise en place de tubes en polythène, qui sont placés sous anesthésie locale, le 22 au soir.

La suite du traitement suivra la règle commune.

Le 13-7-1957 :

Dernière radio de contrôle.

Le 22-7-1957 :

Devant l'aspect clinique, l'absence de température, et les résultats de laboratoire (hémogramme, vitesse de sédimentation), on se décide à retirer les tubes.

La malade continue à se bien porter, et son observation montre tous les aspects cliniques d'une guérison.

En résumé, la malade aura été soignée un mois, hospitalisée 15 jours, ponctionnée 4 fois. Les tubes auront été laissés en place 4 semaines.

## DISCUSSION

Nous avons résumé en deux tableaux les 12 observations des malades qui ont été guéris :

- soit en utilisant seulement des ponctions répétées, associées à des injections modificatrices ;
- soit en utilisant à la suite des ponctions la mise en place de tubes en matières plastiques, permettant le même traitement ambulatoire.

### TABLEAUX

#### Malades guéris par ponctions répétées seules

|             |      | Hospitalisation | Nombre<br>de ponctions | Durée du drainage |
|-------------|------|-----------------|------------------------|-------------------|
| Observation | 1 .. | 30 jours        | 2                      |                   |
| Observation | 2 .. | 28 jours        | 4                      |                   |
| Observation | 3 .. | 24 jours        | 4                      |                   |

#### Malades guéris par ponctions répétées et mise en place de tubes en matière plastique

|             |       | Hospitalisation | Nombre<br>de ponctions | Durée du drainage |
|-------------|-------|-----------------|------------------------|-------------------|
| Observation | 4 ..  | 45 jours        | 5                      | 30 jours          |
| Observation | 5 ..  | 3 mois          | 6                      | 45 jours          |
| Observation | 6 ..  | 42 jours        | 5                      | 8 jours           |
| Observation | 7 ..  | 2 mois 1/2      | 4                      | 40 jours          |
| Observation | 8 ..  | 35 jours        | 4                      | 23 jours          |
| Observation | 9 ..  | 45 jours        | 6                      | 23 jours          |
| Observation | 10 .. | 36 jours        | 2                      | 28 jours          |
| Observation | 11 .. | 2 mois          | 5                      | 35 jours          |
| Observation | 12 .. | 15 jours        | 4                      | 30 jours          |

De l'examen de ces tableaux, une première notion se dégage : l'absence d'échec dans la mise en œuvre de cette thérapeutique ambulatoire.

Notons, à ce propos, que pendant la longue période sur laquelle se répartissent les observations, il n'a été pratiqué que deux ou trois hépatotomies dans le service du

Professeur Sohier (voir indications de l'hépatotomie et de la ponction).

Notons aussi qu'aucune des 12 observations présentées n'aurait justifié, à un moment quelconque de son évolution, l'indication d'une hépatotomie qui aurait signifié alors l'échec ou l'insuffisance du traitement jusque-là appliqué.

L'examen de ces tableaux montre également que le nombre maximum des ponctions pratiquées pour chaque malade a été de 6, et le nombre minimum de 2. Nous avons expliqué plus haut dans le schéma de traitement, que d'une façon générale nous ne dépassions pas 5 ponctions, ce chiffre marquant dans notre esprit l'époque de la mise en place de tubes en matière plastique.

On pourrait objecter en lisant ces tableaux que la durée de l'hospitalisation a été longue. Nous pensons que cette durée ne correspond pas à ce qu'elle serait en Métropole, où, dès que le traitement devient ambulatoire, le malade regagne son domicile. En milieu ultra-marin, le malade est très souvent un sujet évacué de l'intérieur du territoire, et sans domicile au centre où il est hospitalisé. De ce fait, bien que vite levé, il préfère rester à la formation hospitalière que d'aller loger à l'hôtel en ville.

On pourrait objecter enfin, en lisant le deuxième tableau, la longue durée du drainage. Nous sommes persuadés qu'en avançant dans le temps, celle-ci ira en diminuant. Comme il s'agissait dans ces neuf observations de cas princeps, la prudence nous a incité à garder le drainage un peu plus longtemps qu'il n'était peut-être nécessaire, et ceci pour des raisons de sécurité, que l'on comprendra aisément.

Enfin, tous les malades ont été revus à plusieurs reprises après leur sortie de l'hôpital. Ils étaient en excellent état général et local, et aucun n'a présenté d'accidents nouveaux ou de séquelles de son traitement.

## CONCLUSIONS

L'hépatotomie ne doit pas être considérée comme le seul traitement des abcès amibiens du foie, et ses indications doivent être discutées au profit d'autres méthodes.

La ponction du foie, considérée classiquement comme le terme ultime du diagnostic de l'hépatite suppurative amibienne, peut également être envisagée comme un moyen de traitement de cette lésion.

La ponction du foie correctement exécutée (indications raisonnables et technique rigoureuse), n'est pas dangereuse.

Les ponctions répétées d'un abcès amibien du foie peuvent être utilisées dans un but thérapeutique :

- évacuation et lavage de la cavité de l'abcès ;
- introduction de substances aidant à la liquéfaction du pus ;
- introduction de substances médicamenteuses (antibiotiques, émétine) ;
- injection de substances opacifiantes rapidement résorbables (contrôle radiographique).

La répétition des ponctions (4 ou 5) doit, suivant l'évolution clinique et radiologique de l'abcès, céder la place à la mise à demeure de tubes en matière plastique, permettant la poursuite du traitement.

L'emploi répété de ce matériel plastique a montré :

- sa bonne tolérance par le parenchyme hépatique non offensé du fait de la flexibilité des tubes ;
- la cicatrisation rapide, en 48 heures, du trajet des tubes après leur ablation ;
- la possibilité d'un traitement ambulatoire des abcès amibiens du foie.

VU LE DOYEN :  
BINET.

VU LE PRÉSIDENT DE THÈSE :  
REDON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,  
Le 4 Mars 1958

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :  
SARRAILH.



## BIBLIOGRAPHIE

1. ACEVEDO ALVERA (A.) et SILVA RIVERA (G.). — La pneumographie intra-hépatique dans les abcès amibiens (*Revista Medica Del Hospital General*, Avril 1954, 7, n° 4).
2. AULONC et GAILLARD (Armée). — Considérations sur les abcès du foie. A propos de 24 cas opérés en Indochine (*Presse Médicale* 1955, n° 49, 1036).
3. BARRAYA (L.). — Drainage capillaire aspiré, incidences techniques ; 4 observations : fistule hépatobronchique, abcès du foie, kyste suppuré de la rate, péritonite post-opératoire (*Mém. Acad. Chir.*, 10 octobre 1951).
4. BASNUEVO (J.-B.), DELGADO (F.-S.), GOMEZ (G.-P.) et ORTIE (L.-A.). — Abcès hépatique amibien ; deux cas traités par ponction aspiration et chloroquine locale et per orale (*Arch. del Hospital Universitario* (Cuba), 1953, 5, n° 6).
5. BASNUEVO (J.-G.), GUTIERREZ ESTARLI (E.-G.), SOLER DELGADO. — Un nuevo tratamiento del absceso hepático amibiano, solución de cloroquina y bacitracina para aplicación local (*Rev. Cuba, Méd. Trop.*, La Habana, 3 janvier 1952, 8, n° 1).
6. BENAZET, SOHIER, PLANCHU, LOISY et CHASTEL. — Le gros foie colonial (*Sem. Hôp.*, Paris, 1954, n° 40, 2.574).
7. M<sup>me</sup> BERTRAND-FONTAINE, FAUVERT (R.) et SCHNEIDER (J.). — Amibiase autochtone avec abcès aigus du foie (*Presse Médicale*, 1948, n° 68, 816).
8. M<sup>me</sup> BERTRAND-FONTAINE et FAUVERT (R.). Réflexions à propos d'un abcès amibien du foie (*Presse Médicale*, 1949, n° 7, 106).
9. BETOULIERES (P.), PELISSIER (M.), COLIN (R.), GARY-BOBO, LEENHARDT (P.). — Splénoportographies transpariétales. Indications et techniques (*Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, 17 décembre 1954).
10. BETOURNE. — Comment détecter un abcès du foie chez un infecté (*Revue du Praticien*, 1956, VI, n° 22, 2.435-2.437).
11. BLANC (F.) et SIGUIER (F.). — Guide clinique et thérapeutique à l'usage des médecins des Troupes françaises en Extrême-Orient (2<sup>e</sup> édit., 1.045 pages. Edit. Saïgon, 1948).
12. BLANC (F.) et SIGUIER (F.). — L'amibiase (*Expansion scientifique française*, 1950).
13. BLANC (F.). — Les abcès amibiens du foie (généralités). (*Revue du Praticien*, 1956, VI, n° 22, 2.399-2.407).
14. BONNIN (H.). — Les nouveaux traitements de l'amibiase (*Journ. Méd. Bord.*, Avril 1950).
15. BOQUIENY. — Sur l'exploration lipiodolée des abcès amibiens du foie (*Arch. Mal. App. Dig.*, Janvier 1950, 39, n° 1, 94-96, A fig.).

16. BOULARD (Cl.) et PIETRI (H.) (Alger). — Comment dépister l'abcès chez un dysentérique (*Revue du Praticien*, 1956, VI, n° 22, 2.439-2.442).
17. BOURGEON. — L'évolution des abcès amibiens du foie et la douleur préopératoire (*Mém. Acad. Chir.*, 1948, n° 17-18, 431).
18. BOURGEON (R.) et PIETRI (H.). — Communication d'un abcès amibien du foie avec les voies biliaires. Considérations thérapeutiques (*Presse Médicale*, 1952, n° 37, 819).
19. BOURGEON, PIETRI, CATALANO, GUNTZ, APROSIO. — Sur la fermeture primitive des collections suppurées intra-hépatiques (*Soc. de Chir. d'Alger*, séance du 14 juin 1952).
20. BOURGEON (R.), PIETRI (H.), PANTIN (J.-P.), GUNTZ (M.) et MESNARD (P.). — La splénoportographie transpariétale au cours des abcès du foie ; intérêt pour le diagnostic et la thérapeutique (*L'Afrique Française Chirurgicale* (Alger), 1955, 13, n° 2).
21. BOURGEON (R.) et PIETRI (H.). (Alger). — Considérations nouvelles sur les abcès du foie. Etude anatomique, diagnostic, orientation, thérapeutique (*Ann. Chir.*, 1955, 555).
22. BOURNE (W.-A.). — Diagnostic des abcès du foie (*The Lancet*, Londres, 267 : 6.848 (27 Novembre 1954), 1.093-1.094).
23. BREM (H.) — L'emploi des tests de fonctionnement hépatique dans le diagnostic de l'abcès amibien du foie (*Am. J. of Medical Sciences*, Philadelphie, 229 : 2 (Février 1955), 135-137).
24. BURIAN. — Un cas où la pénicilline a masqué le diagnostic clinique d'un abcès du foie (*Lekarské Lity*, 1946, 1, n° 5).
25. BUSSON (A.), ARNOUS (J.), BOUREL (M.), DELDICQUE (H.). — Hépatite aiguë et abcès du foie. Premiers symptômes de l'ambiasé autochtone (*Sem. Hôp. Paris*, 1949, n° 84, 3.512).
26. CACHIN (M.). — Formes anatomo-cliniques des abcédations hépatiques (*Revue du Praticien*, 1956, 6, n° 22, 2.389-2.397).
27. CANOT - FIESSINGER - OLMER. — (*Marseille Médical*, 1951).
28. CARDEZA (H.). — Suppurations hépatiques ; 44 observations. Analyse et statistique (*Ann. de la Faculté de Médecine de Montévidéo*, 1948, 33, n°s 8-9 et 10, 789-802).
29. CARLOS ROGAT. — Considérations sur 20 cas d'abcès du foie. (*J. Chir.*, 1948, 64, n° 7-8, 394).
30. CAROLI (J.), PARAF (A.) et TANEZOGLOU (Y.). — Antibiotiques et suppuration intra-hépatique camouflée (*Soc. nat. fr. Gastro-entérologie*, séance du 20 Avril 1953).
31. CARR (D.) et ROBBINS (S. G.). — Streptokinase and antibiotic in the treatment of clotted hemothorax (*Ann. Surg. U.S.A.*, 1951, 133-853).
32. CAZAL (P.). — La ponction-biopsie du foie (*Revue du Foie*, Paris, 8, n° 2 (Mars-Avril 1949), 85-187).
33. CAZAL (P.). — Des places de ponctions-biopsies du foie et en médecine générale (*Presse Médicale*, 1949, n° 35, 480).
34. CHAMPEAU (M.). — Comment détecter un abcès du foie chez un opéré (*Revue du Praticien*, 1956, VI, n° 22, 2.443-2.445).
35. CHAPPOUX. — Des complications péritonéales des abcès du foie (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 21 Avril 1950).
36. CIGNOZZI. — Traitement des abcès du foie (*Lyon Chirurgical*, 1925).
37. CONAN (N.-J. — Chloroquine treatment of hepatic amebiasis (*Journ. Méd. Libanais*, Beyrouth, 1951, 4, n° 1, 24-27).

38. COPPRIDGE (W.-M.), ROBERTS (L.-C.) et CULP (D.-A.). — Déformation pyélographique produite par un abcès hépatique (*J. Am. Méd. Assoc.*, 1951, 146, n° 2).
39. CORCOS. — Abcès du foie en Tunisie (*Soc. Path. Exotique*. Séance du 8 Juillet 1953).
40. COSTANTINI (H.). — Ouverture d'un abcès amibien du foie dans le péritoine (*Soc. de Chir. d'Alger*, 22 Mars 1946).
41. COSTANTINI, BOURGEON, BUTORI et PIETRI. — Comment envisager le traitement des abcès amibiens du foie (*Afrique Franç. Chir.*, Avril-Mai-Juin 1950, n° 4, 160-164).
42. COUINAUD (C.). — Où en est la chirurgie hépatique ? (*Revue du Praticien*, 1956, V, n° 11, 1.131-1.137).
43. DEJOU (L.). — Traitement d'épreuve et ponction exploratrice du foie (*Le Monde Médical*, 15 février 1938, 102).
44. DEJOU (L.) et CARAYON (A.). — Les dangers de l'abstention chirurgicale prolongée dans les abcès du foie (*Méd. Trop. Marseille*, Mai 1952, 12, n° 3, 27-31).
45. DELANNOY (E.), DEVAMBEZ (J.). — Abcès du foie, échec des antibiotiques et du drainage chirurgical. Guérison par l'émétine (*Arch. Mal. App. Dig.*, Nov. 1951, 40, n° 11, 1.228).
46. DELETRAZ (rapporteur REDON). — Une tactique nouvelle dans la chirurgie des abcès du foie (A propos d'un cas opéré à bord) (*Soc. de Chir. du Sud-Est*, séance du 16 Mai 1955).
47. DESJACQUES (R.), GUIGON et BEYSSAC. — Abcès du lobe gauche du foie (*Soc. de Chir. de Lyon*, 15 Février 1945).
48. DE VELASCO GUZMAN (R.) et LEDO (A.-A.). — Abcès hépatiques ; 5 cas (*Arch. del Hospital Universitario* (Cuba), Juillet-Août 1950, 2, n° 4).
49. DOUMER (Ed.), VERHAEGEN (A.), LORRIAUX (A.) et BENOIT (Cl.). — Abcès amibiens du foie à symptomatologie trompeuse. A propos de trois observations (*Presse Médicale* 1949, 60, 841).
50. FABRE et BOURROULI. — Réflexions sur le traitement de l'hépatite amibienne et des abcès amibiens du foie (*Société de Médecine Militaire*) - (*Presse Médicale*, 1950, n° 48, 859).
51. FADZEAN (A.-J.-S. Mc.), CHANG (K.-P.-S.) et WONG (C.-C.). — Le traitement des abcès à pyogène du foie par aspiration transpariétale et antibiotiques. Relation de 14 cas consécutifs suivis de guérison (*Brit. J. of Surg. Bristol*, 41 : 166 (Septembre 1953), 141-152).
52. FEDI (A.) et MIRACCO (A.). — Hépatocentèse et Auréomycine locale dans un abcès amibien du foie ; guérison clinique (*La Riforma Medica* (Naples), 7 Juin 1952, 6, n° 23).
53. FONTAN. — Les grands abcès du foie (Paris, 1908).
54. FOURES (A.), M<sup>lle</sup> RICORDEAU (P.) et CAROLI (J.). — Technique de la péritonéoscopie. Biopsie du foie. Angiocholégaphie. Radiomanométrie sous contrôle péritonéoscopique (*Presse Médicale*, 1954, n° 44, 929).
55. GASPERSIC (A.). — Les antibiotiques associés (pénicilline, streptomycine) dans le traitement de l'abcès du foie (*Gaz. Méd. Ital.*, Juin 1951, n° 6, 18-182, 1 tabl.).
56. GIORDANO. — (*Congrès international de Chirurgie*, 1927).
57. GIRARD, GUILLEMIN, FRAISSE et RICHARD. — Abcès amibiens du foie à forme perforante (*Soc. Nat. Fr. de Gastro-entérologie* (Région Lyonnaise), 6 Nov. 1949).

58. GIRAUD (G.), CAZAL (P.), LATOUR (H.) et LEVY (A.). — Une contre-indication de la ponction-biopsie du foie : le cholépéritoiné, accident de ponction du foie cholastatique (*Montpellier Médical*, Décembre 1954, 46, n° 6, 628-630).
59. GRESSMAN. — Sur la ponction du foie (*Zentralblatt für Chirurgie* (Leipzig), 1949, 74, n° 9).
60. GRIZAUD (H.). — Absès amibiens du foie. Traitement médical ou chirurgical (*Sem. Hôp. Paris*, 2-6 Septembre 1952, 28, n° 65-66, 2.654-2.657).
61. GUERS (M.). — La collaboration médico-chirurgicale dans le traitement de l'hépatite amibienne suppurée (*Thèse Bordeaux*, n° 238, 1953).
62. HAMANT, HELLUY (J.-R.) et BASSOT. — Absès amibien du lobe gauche du foie et polysérite (*Rev. Méd. de Nancy*, 1<sup>er</sup> au 15 Novembre 1949, 70, t. 74).
63. HUARD (P.) et MEYER-MAY. — Les absès du foie (Masson, 1936).
64. HUARD (P.) et MEYER-MAY. — L'examen radiologique et la radio chirurgie des absès du foie (*J. de Chir.*, Avril 1946).
65. HUARD (P.). — Causes, diagnostic et traitement des absès du foie (*Gaz. Méd. France*, 58, 15 Août 1951, 919-921).
66. HUARD (P.). — Quelques cas récents d'absès du foie (*Sud Méd. et Chirurgical* (Marseille), 30 Avril 1952, 85, n° 2.360).
67. HUARD (P.). — Etiologie des absès du foie (*Sem. Hôp. Paris*, 1954, 30, n° 19, 1.157-1.161).
68. ISCH WAL. — La ponction du foie en clinique (*Presse Médicale*, 1954, n° 28, 592).
69. JOYEUX et SICE. — *Précis de Médecine des Pays chauds* (Masson, 1950, 198).
70. KINNEY (T.-D.) et FERREBEE (J.-W.). — Les absès du foie. Les facteurs déterminant leur localisation (*Arch. of Pathology*, Chicago, 41 : 1 (Janvier 1948, 41-47 (1 figure)).
71. KLEITSCH (W.-P.) et KEHNE (J.-H.). — Les contre-indications de la ponction (aspiration), biopsie du foie (*Am. J. of digestive diseases*, Sanfield, 17 : 4 (Avril 1950), 118-119).
72. KLISZOWSKI, MOULIN et PREIMONT. — Une complication rare des absès du foie opérés ; hémorragie secondaire de la veine cave. (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 3 juillet 1953).
73. LACAZE et MELNOTTE. (*Rev. de Chir.*, 1928).
74. LAMBOTTE (F.). — La ponction-biopsie dans le diagnostic des affections hépatiques. (*Rev. Belge des Sc. Méd.*, 1954, 16, n° 3, 189-204).
75. LAVIGERIE. — (*Thèse de Paris*, 1866).
76. LECERCLE. — A propos du traitement des absès du foie. (*Mém. Acad. Chir.*, 31 janvier 1945, 71, n° 1-2-3, 39).
77. LEGER, en collaboration avec ABEATICI et CAMPI. — Phlébographie portale par injection splénique intra-parenchymateuse. (*Mém. Acad. Chir.*, 1951).
78. LEGER (L.), MONTETE, SIGUIER (F.), ZARA et BETOURNE. — Pyléphlébite suppurée et absès du foie, diagnostic par splénoportographie. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 25 février 1955).
79. LELONG, LAVIER et JOSEPH. — Un cas d'absès ascaridien du foie chez un nourrisson. (*Soc. Méd. Hôp., Paris*, 26 mai 1944).
80. LEMAIRE (A.) et HOUSSET (Ed.). — La mesure de la pression portale par ponction du foie. (*Presse Médicale*, 1955, n° 51, 1063).

81. LEVRAT, RICHARD, LE ROUX. — Les abcès microbiens du foie d'apparence primitive. A propos de 5 observations inédites. (*Rev. Int. d'Hépatologie*, Paris 4 : 6-7 (1954, 535-545).
82. MAC-ARTHUR (P.). — Adjuvants to streptomycin. (*The Lancet G.-B.*, 1951, 240 ; n° 6654, 55).
83. MAC-CARTY (R.) et SCHNEDORF (J.). — Traitement conservateur d'abcès amibiens chroniques du foie compliqué par rupture d'un abcès intra-péritonéal. (*Am. J. Surg.*, mars 1946, 71, n° 3).
84. MADILHAC (P.). — Des abcès amibiens du foie. (*Soc. des Chirurgiens*, Paris, 5 Mai 1950).
85. MARCHANDISE (C.). — Deux cas d'abcès amibiens du foie traités par Terramycine et drainage. (*Soc. Nat. Fr. Gastro-Entérologie*, 14 Juin 1953).
86. MERCADIER (M.). — Comment détecter l'origine hépatique d'un abcès sous-phrénique. (*Rev. du Praticien*, 1956, n° 22, 2447-2451).
87. MIALARET (J.). — Rupture intra-péritonéale d'un abcès amibien du foie. (*Mém. Acad. Chir.*, 1948, n° 19-20, 455).
88. MILES (R. M.) et BOWERS (R. E.). — Abcès amibiens du foie, les voies d'approche thérapeutiques. (*Arch. of Surg.*, Chicago, Février 1951, 62, n° 2).
89. MONTANARI (A.). — Considérations cliniques et histologiques sur 3 cas d'abcès hépatique amibien à évolution chronique. (*Gior-nale di Clinica Medica*, 1945, 26, fasc. 7-12).
90. MORAGAS (A. R.) et MARSELL (A. P.). — Abcès froid du foie. (*Revista Española de las Enfermedades del Aparato digestivo y de la nutrición*, n° 6, Novembre-Décembre 1950).
91. OSCHNER (A.) et DE BAKEY (M.). — Hépatite amibienne et abcès hépatique. (*Surgery*, Avril 1943, 13, n° 4).
92. PARAF (A.). — Emploi de la Streptokinase-Streptodornase dans le traitement de l'abcès amibien du foie. (*Sem. Hôp.*, Paris, n° 35 1477).
93. PEDOYA (C.). — Forme « froide » de l'amibiase hépatique. (*Presse Médicale*, 1956, 64, n° 10, 209).
94. PENA Y DE LA PENA (E.) et ESPINOSA (F.). — Sur le diagnostic et le traitement de l'abcès amibien du foie. (*Cirugia y Cirujanos* (Mexico), 1953, 21, n° 3).
95. PINOS (présenté par CAROLI). — Présentation d'un nouveau trocart et considérations sur la technique des ponctions-biopsies du foie. (*Soc. Gastro-Entérologie*, séance du 11 Décembre 1950).
96. QUENU. — Diagnostic et traitement des abcès du foie, 1911.
97. RAALTE (H. G. S. V.). — Abcès amibiens chroniques. (*Am. J. of Trop. Med.*, Baltimore, 29 : 6 (Novembre 1949), 881-889).
98. RADKE (R. A.). — Diagnostic et traitement de l'abcès amibien du foie. (*Ann. of Int. Med.*, Lancaster, 40 : 5 (Mai 1954), 901-904).
99. RAVINA (A.), GUERIN (P.), PECHER (Y.) et CLAVEL (B.). — Abcès amibien du foie, à évolution mortelle, survenue chez un homme rapatrié d'Indochine depuis vingt mois et n'ayant présenté aucun antécédent dysentérique appréciable. Absence de lésions intestinales à l'autopsie. (*Presse Médicale*, 1950, n° 39, 716).
100. RAY (B.), MAC-CARTY et JEROME, SCHNEDORT (G.) (Armée). — Traitement conservateur d'un abcès amibien chronique compliqué de rupture intra-péritonéale. (*Am. J. Surg.*, 1946, 71, n° 3, 401-405).

101. RIGAUD (J.-L.). — Le traitement de l'amibiase hépatique par les iodiques solubles. (*Thèse de Marseille*, 9 Juillet 1951, n° 70, 54 pages).
102. RUDOWSKI et WINER (R.). — Cancer primitif du foie avec symptômes d'abcès hépatique. (*Polski. Tygodnik Lekarski*, 20 Mars 1950, n° 12).
103. SANOUY (Ch.), VENEZIA (R.), ROMEO (R.), BOINEAU (M.) et FRANÇOIS (H.) (Alger). — Première application de la splénoportographie transpariétale au diagnostic des abcès du foie. *II<sup>e</sup> Journée Nord-Africaine de Pédiatrie*, Tunis, Avril 1954).
104. SANTILLAN VILLASENOR (M.). — Puncio de abceso hepatico amebiano. (*Rev. Gastro-Entérología*, Mexico, 1948, 13, n° 77, Septembre).
105. SHEILA SHERLOCK. — La biopsie du foie par aspiration (technique et application). (*The Lancet* 1945, n° 6370, 397-401).
106. SHERRY, TILLET et READ. — The use of Streptokinase, Streptodornase in the treatment of hemothorax. (*J. Thorax-Surg.*, U.S.A., Septembre 1950, 20, 393-417).
107. SHERRY (S.), MAC-CARTY, TILLET (W.S.). — Rational of therapeutic use of Streptokinase, Streptodornase in amoebic abcess of liver. (*Arch. Int. Med.*, U.S.A., Décembre 1951, 88, n° 6, 754-759).
108. SHERRY (S.), MAC-CARTY (W.R.), TILLET (W.D.). — L'emploi thérapeutique de Streptokinase et Streptodornase dans l'abcès amibien du foie. (*Arch. Int. Med.*, Décembre 1951, 88 ; n° 6, 752-759, 5 fig. Bibliog.).
109. SIMON (G.Cl.). — Abcès amibien autochtone du foie. (*Soc. Chir.*, Paris, séance du 21 Avril 1950).
110. SIGUIER, CHOUBRAC, PIETTE, HERMANN, SEBAOUN. — Etude critique de certaines médications nouvelles dans l'amibiase. (*Arch. mal. app. dig.*, 1951, 40, n° 4, 389-406).
111. Sir FRANK POWEL CONNOR. — (*Surgery of the tropics*, 1929).
112. SLOAN (S.) et FREEDMAN (T.). — Diagnostic et traitement de l'abcès amibien du foie par l'aspiration et l'insufflation d'air. (*Arch. Int. Med.*, 1953, 91 : 4, 550-555).
113. SMJTSKAMP (H.). — Diagnostic et traitement de l'abcès amibien du foie. (*Journal de Chirurgie*, Mai 1953, 69, n° 5, 467).
114. SOHIER (H.) et SOULAGE. — Abcès du foie à symptomatologie larvée se présentant comme asystolie. (*Presse Médicale*, 1937, n° 58).
115. SOHIER (H.), CHIOZZA et PARIS. — Symptomatologie atypique d'un abcès du lobe gauche du foie. (*Réunion Médico-Chirurgicale*, A.O.F., 23 Mars 1951).
116. SOHIER (H.), CHARMOT (G.) et PELLEGRINO (A.). — Streptokinase et Streptodornase dans le traitement des abcès du foie par ponctions. (*Bulletin Médical de l'A.O.F.*, 1953, X, 127).
117. SOHIER (H.) — Traitement des abcès amibiens du foie par aspiration discontinue et injections médicamenteuses « in situ ». (*Mém. Acad. Chir.*, 3 Avril 1957).
118. SOHIER (H.), PELLEGRINO (A.) et FUSTEC (R.). — A propos d'un volumineux abcès du foie. (*Bulletin Médical de l'A.O.F.*, 1954, XI, fasc. 1, 59).

119. SOHIER (H.). — Indications respectives de la « ponction » et de l'« hépatotomie » dans le traitement des abcès tropicaux du foie. (*Gaz. Méd. de France*, Paris, 61, n° 12, 2<sup>e</sup> n° de Juin 1954, 821-828).
120. SWYNGHEDAW, SALEMBIER et LEGRAND. — Abcès amibiens du foie communiquant avec les voies biliaires. (*Soc. Nat. Fr. Gastro-Entérologie*, 9 Juillet 1951).
121. TALBOT (A.). — Réflexions sur les abcès amibiens du foie. (*Mém. Acad. Chir.*, 19-26 Mai 1948, 74, n° 17, 443-449, 3 fig.).
122. TALBOT (A.), SARLIN (E.). — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les abcès amibiens du foie ; à propos de 10 observations récentes de caractères particuliers. (*Rev. du Foie*, Juin 1948, 7, n° 3, 107-122).
123. TALBOT (A.), SARLIN (E.). — Abcès amibiens du foie. (*Presse Médicale*, 1951, 59, n° 40).
124. TERRY (R.). — Dangers de la biopsie à l'aiguille du foie. (*Brit. Med. Journ.*, Londres, 4768 (24 Mai 1952), 1102-1106).
125. THIODET (J.), BUTORI (P.), FOURRIER et MASSONAT. — Abcès amibiens du foie guéris sans intervention chirurgicale. Les indications de l'émétine et de l'auréomycine. (*B. M. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1950, n° 31-32, 1648-1650).
126. THIODET (J.) et FOURRIER (A.) et AL. — Abcès amibien du foie considérable traité et guéri par l'association émétine auréomycine et ponctions évacuatrices. (*Maroc Méd.*, Mars 1952, n° 322).
127. TILLET (W.S.). — The fibrino-lytic activity of hemolytic Streptococci. (*Bacteriol. Rev. U.S.A.*, 1938, 2, 161).
128. TOULLEC (F.) et HUARD. — La ponction exploratrice du foie (Dangers, indications, contre-indications). (*Le Monde Médical*, Novembre 1935 ; n° 990).
129. TRAN-NGOC-NINH. — Abcès du foie traité à l'auréomycine. (*Soc. Viet. Fr. des Sc. Biologiques*, 1951).
130. TRAN-NGOC-NINH. — Abcès du foie. Echec de l'auréomycine. Succès de l'émétine. (*Soc. Viet. Fr. des Sc. Biologiques*, 1952).
131. TRAN-NGOC-NINH. — Abcès du foie amibien. Echec de l'auréomycine et des ponctions. (*L'Extrême-Orient Médical de Hanoi*).
132. WALTERS, WATKINGS, BUTT et MARSHALL. — Abcès amibiens du foie méconnus jusqu'à leur perforation. (*J. Am. Med. Assoc.*, 1944, 125, n° 14).
133. WORMS (R.) (Paris). — Les abcès non amibiens du foie. Etiologie et formes cliniques. (*Rev. du Praticien*, 1956, VI, n° 22, 2409-2433).
134. WRIGHT (L.T.), SMITH (D.), ROTHMAN (M.), METZER (Wi.), QUASH (F.T.). — The use of Streptokinase, Streptodornase in certain surgical condition. (*J. Int. Coll. Surgeons*, March 1951, 15, 286).
135. YATER. — Diagnostic des abcès du foie par l'hépatospléno-graphie au thorotraste. (*J. Am. Med. Assoc.*, 1944, 125, n° 11).
136. YARVIS (J.J.). — Abcès hépatique solitaire à pyogène. (*Am. J. Surg.*, 1953, 85, n° 1, 108).





